

ZUR THEORIE DES PFLEGEHANDELNS

**EINE EXPLORATIVE STUDIE ZUR BEDEUTUNG DES SELBST, SELBSTKONZEPTS
UND KÖRPERBILDS FÜR DIE TRANSFORMATION DES PFLEGEMODELLS
VON ROPER, LOGAN & TIERNEY
IN EINE
PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHE THEORIE DES PFLEGEHANDELNS**

Dissertation
zur Erlangung der Doktorgrades Dr. Public Health
eingereicht beim Promotionsausschuss Dr. Public Health (Dr. P.H.)
der Universität Bremen

vorgelegt von

Maria Mischo-Kelling

Erstgutachter: Prof. Dr. Stefan Görres
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Bremen - Hamburg - St. Pauls/Eppan
Januar 2012

Diese Dissertation ist dem Promotionsausschuss Dr. Public Health am 9. Januar 2012 vorgelegt worden.

Gutachter:

1. Prof. Dr. Stefan Görres
2. Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Colloquium am: 25.06.2011

	INHALTSVERZEICHNIS	I-V
0	EINLEITENDES VORWORT	1
	DANKSAGUNG	
Teil I	THEORETISCHER TEIL 1	
1	GEGENSTAND UND PFLEGEWISSENSCHAFTLICHE VERORTUNG DER ARBEIT	7
1.1	ZUM HISTORISCHEN KONTEXT DER ARBEIT	7
1.2	HERAUSBILDUNG DES GEGENSTANDS DER PFLEGE: ERSTE PRAGMATISCHE WURZELN	10
1.3	PFLEGEWISSENSCHAFT UND PFLEGETHEORIE IN DEUTSCHLAND	20
1.4	AUFBAU DER ARBEIT UND METHODISCHES VORGEHEN	25
1.4.1	ERSTER THEORETISCHER TEIL	25
1.4.2	ZWEITER THEORETISCHER TEIL	26
1.4.3	THEORIE UND PRAXIS	26
2	DER AUSGANGSPUNKT DER UNTERSUCHUNG: DAS LEBENS- UND PFLEGE-MODELL VON ROPER, LOGAN & TIERNEY (RTL-MODELL)	29
2.1	DIE ANFÄNGE DES RLT-MODELLS	29
2.2	DIE EINZELNEN KONZEPTEN DES LEBENS- UND PFLEGEMODELLS	32
2.2.1	DAS KONZEPT DER AKTIVITÄTEN DES LEBENS	34
2.2.2	EXKURS I: DIE 14 GRUNDLEGENDE KOMPONENTEN DER PFLEGE BEI VIRGINIA HENDERSON	38
2.2.3	DAS KONZEPT DER LEBENSSPANNE	46
2.2.4	DAS KONZEPT DES ‚ABHÄNGIGKEITS- / UNABHÄNGIGKEITSKONTINUUMS‘	47
2.2.5	DAS KONZEPT DER DIE AL BEEINFLUSSENDE FAKTOREN	49
2.2.6	DAS KONZEPT DER ‚EINZIGARTIGKEIT DES LEBENS‘ UND DAS KONZEPT DER ‚INDIVIDUALISIERTEN PFLEGE‘	51
2.3	AUFNAHME/REZEPTION DES RLT-MODELLS, KRITIK UND ERFAHRUNGEN	53
2.3.1	ZUR ALLGEMEINEN REZEPTION UND KRITIK	54
2.3.2	EXKURS II: DIE WEITERENTWICKLUNG DES KONZEPTS DER AL DES RLT-MODELLS DURCH KROHWINKEL	55
2.3.3	VERMITTLUNG UND UMSETZUNG DES RLT-MODELLS	58
2.4.	ZUSAMMENFASSUNG	59
3	SELBST, SELBSTKONZEPT UND KÖRPERBILD IM KONTEXT VON HANDELN UND ARBEITEN: ERSTE ANNÄHERUNG AN DEN GEGENSTAND	62
3.1	SELBST UND SELBSTKONZEPT: EIN ERSTER ÜBERBLICK	63
3.1.1	ERSTE VORSTELLUNGEN: ENDE DES 19. JAHRHUNDERTS BIS ZU DEN 1950ER JAHREN	64
3.1.2	DIE WEITERENTWICKLUNGEN DIESER VORSTELLUNGEN SEIT DER ZWEITEN HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS UND IHRE REZEPTION IN DER PFLEGEWISSENSCHAFT	65
3.1.3	ZUR PSYCHOLOGIE DES SELBSTKONZEPTS UND IHRES EINFLUSSES AUF DIE PFLEGEWISSENSCHAFT	68
3.2	SELBST, SELBSTKONZEPT UND KÖRPERBILD IN DER TRADITION DES AMERIKANISCHEN PRAGMATISMUS: GEORGE H. MEAD, JOHN DEWEY UND NACHFOLGERINNEN	72
3.2.1	SOZIALE BEZIEHUNGEN ALS BEDINGUNG UND VORAUSSETZUNG ZUR ENTSTEHUNG DES SELBST, SELBSTKONZEPTS UND KÖRPERBILDS	73
3.2.1.1	DIE HERAUSBILDUNG EINES EMOTIONALEN UND KÖRPERBEZOGENEN BEWUSSTSEINS: SOZIALE INSTINKTE BZW. IMPULSE UND MENSCHLICHES HANDELN	74
3.2.1.2	DER KÖRPER ALS BASIS ZUR HERAUSBILDUNG EINES SELBST, SELBSTKONZEPTS UND KÖRPERBILDS	81
3.2.2	MENSCHLICHES HANDELN UND ROLLENÜBERNAHME/PERSPEKTIVENÜBERNAHME	89
3.2.2.1	ERSTE ANSÄTZE ZUR ROLLENÜBERNAHME	90
3.2.2.2	ZUM SICH HERAUSBILDENDEN SPIEL (PLAY) UND ORGANISIERTEM SPIEL (GAME)	92
3.2.2.3	ZUR ROLLE DES ‚GENERALISIERTEN ANDEREN‘, DER REFERENZGRUPPE ODER SOZIALER WELTEN FÜR DAS HANDELN	97
3.2.2.4	WEITERENTWICKLUNG DER FÄHIGKEIT ZUR ROLLENÜBERNAHME	100
3.3	ZUR PROZESSUALEN STRUKTUR UND FUNKTIONSWEISE DES SELBST	104
3.3.1	ZUM BEGRIFF DER HANDLUNG UND DES PHYSISCHEN DINGS BEI MEAD	107

Inhaltsverzeichnis

3.3.2	ZU DEN HANDLUNGSPHASEN DES MEADSCHEN HANDLUNGSMODELLS	109
3.3.3	ZUM ‚ME‘, DEM ‚SELBST ALS OBJEKT‘ UND ZUM I, DEM SELBST ALS SUBJEKT	116
3.4	HANDLUNGSFORMEN UND REPRÄSENTATIONEN DES SELBST	120
3.4.1	FORMEN DER SELBSTWAHRNEHMUNG ALS HANDELN IN BEZUG AUF DAS SELBST	120
3.4.1.1	SELBSTWAHRNEHMUNG: DIE ENTWICKLUNG DES SELBSTKONZEPTS	121
3.4.1.2	SELBSTWAHRNEHMUNG: SELBSTBEURTEILUNG, EIN ASPEKT DES SELBSTKONZEPTS	122
3.4.1.3	SELBSTWAHRNEHMUNG: IDENTITÄT, EIN ASPEKT DES SELBSTKONZEPTS	122
3.4.2	KREATIVES HANDELN: EXPERIMENTELLES UND PROBLEMLÖSENDES HANDELN	128
3.4.3	HANDLUNGSROUTINEN : SELBST, SELBSTKONZEPT UND KÖRPERBILD BEIM HANDELN	135
3.4.4	HANDELN IN BEZIEHUNGEN: ANERKENNUNG UND ERMÄCHTIGUNG SOWIE MISSACHTUNG UND ENTMÄCHTIGUNG	144
3.5	ZUSAMMENFASSUNG: ERSTE ERGEBNISSE	150
4	SELBST, HANDELN UND ARBEITEN ALS BASIS DES ANALYSERAHMENS	153
4.1	SOZIALE ORGANISATION VON ARBEIT UND PFLEGE	155
4.2	SOZIALE ORGANISATION DER ARBEIT IN FORM EINES BERUFS UND EINER PROFES- SION	163
4.2.1	WISSEN UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH	166
4.2.2	AUTORITÄTS- UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH, AUTONOMIE UND KONTROLLE DER ARBEIT	171
4.3	PFLEGE ALS PERSONENBEZOGENE WISSENSBASIERTE DIENSTLEISTUNG	176
4.3.1	DAS UNO-ACTU-PRINZIP	178
4.3.2	IMMATERIALITÄT	179
4.3.3	ARBEITSTEILUNG IM RAHMEN DES DIENSTLEISTUNGSPROZESSES	180
4.3.4	DER PATIENT ALS ARBEITSGEGENSTAND IM DIENSTLEISTUNGSPROZESS	181
4.4	ZUM MEDIZINISCHEN UND PFLEGERISCHEN FUNKTIONSKREIS	183
4.4.1	MEDIZINISCHER FUNKTIONSKREIS	185
4.4.2	PFLEGERISCHER FUNKTIONSKREIS	186
4.5	PFLEGE ALS REPRODUKTIONS- UND ERWERBSARBEIT: ZUM VERSORGUNGSPROZESS	193
4.5.1	CARING ABOUT: ANTEILNAHME (AUFMERKSAMKEIT FÜR JEMANDEN BZW. FÜR ETWAS)	194
4.5.2	TAKING CARE OF (EINLEITEN VON CARE – AKTIVITÄTEN)	195
4.5.3	CARE-GIVING (DIE KONKRETE ARBEIT)	195
4.5.4	CARE-RECEIVING: (GEPFLEGT WERDEN / PFLEGE ERHALTEN)	195
4.6	DIE BEDINGUNGSMATRIX	196
4.7	ZUSAMMENFASSUNG	198

Teil II THEORETISCHER TEIL II

5	HILDEGARD PEPLAU: INTERPERSONALE BEZIEHUNGEN IN DER PFLEGE	201
5.1	AUSGANGSSITUATION	202
5.2	GRUNDLEGENDE ANNAHMEN PEPLAU'S ZUR PFLEGE	203
5.3	PEPLAU'S VERSTÄNDNIS DES SELBST UND SELBST-SYSTEMS I	206
5.3.1	EXKURS: ERFAHRUNG, SPANNUNG UND ENERGIETRANSFORMATION	208
5.3.2	ZUR HERAUSBILDUNG DES SELBST-SYSTEMS	213
5.4	PEPLAU'S VERSTÄNDNIS DES SELBST UND SELBST-SYSTEMS II	219
5.4.1	ZUR ROLLE DES SELBST UND SELBST-SYSTEMS IN DEN FÜR INTERPERSONALE BEZIEHUNGEN ZENTRALEN KONZEPTEN PEPLAU'S	220
5.4.2	DAS KONZEPT DER WECHSELSEITIGKEIT	224
5.4.3	DAS KONZEPT DER PHASENBEZOGENHEIT	226
5.4.3.1	ORIENTIERUNG	226
5.4.3.2	ARBEITSPHASE: PHASE DER IDENTIFIKATION UND NUTZUNG	227
5.4.3.3	ABLÖSUNG	228
5.4.4	DIE MÖGLICHE ROLLEN DER PFLEGEKRAFT IN DER PFLEGERISCHEN BEZIEHUNG	229
5.4.5	DAS KONZEPT DER BEDÜRFNISSE UND STUFEN DER ANGST	230
5.4.6	DAS KONZEPT DES SOZIALEN LERNENS	231
5.5	ZUSAMMENFASSUNG DER ERKENNTNISSE UND DISKUSSION	231
6	SISTER CALLISTA ROY: DAS ROYSCHES ADAPTATIONSMODELL (RAM)	242
6.1	ERSTE ANSÄTZE, ENTWICKLUNGSLINIEN UND THEORETISCHER HINTERGRUND	242
6.2	DER MENSCH ALS ADAPTIVES SYSTEM UND PRIMÄRER FOKUS IM ROYSCHEN ADAPTATIONSMODELL	249
6.2.1	DER PHYSIOLOGISCHE-PHYSISCHE MODUS	251
6.2.2	DER ROLLEN-FUNKTIONS-MODUS	251
6.2.3	DER MODUS DER WECHSELSEITIGEN ABHÄNGIGKEIT BZW. INTERDEPENDENZ	252
6.3	ZUM SELBSTKONZEPT-MODUS UND DIE BEZIEHUNG ZU DEN ANDEREN ADAPTATI- ONSMODI	253
6.3.1	SELBSTKONZEPT-MODUS UND PFLEGEPROZESS	258
6.3.2	ZUM PHYSISCHEN SELBST UND DEN DIMENSIONEN DES PHYSISCHEN SELBST	260
6.3.3	ZUM PERSONALEN SELBST UND DEN DIMENSIONEN DES PERSONALEN SELBST	262
6.4	DIE VIER ADAPTATIONSMODI IN DER ZUSAMMENSCHAU UND DISKUSSION ENDE 274	265
7	KING'S KONZEPTUELLES SYSTEM FÜR DIE PFLEGE UND DIE THEORIE DER ZIELERREICHUNG	276
7.1	ZUM KONZEPTUELLEN SYSTEM UND ZUR THEORIE DER ZIELERREICHUNG	276
7.2	ZUM KONZEPT DES SELBST IM KING'SCHEN KONZEPTUELLEN SYSTEM	281
7.2.1	ZUM KONZEPT DES SELBST IM PERSONALEN SYSTEM	282
7.2.2	ZUM KONZEPT DES SELBST IM INTERPERSONALEN SYSTEM	285
7.2.3	ZUM KONZEPT DES SELBST IM SOZIALEN SYSTEM	288
7.3	ZUM KONZEPT DES SELBST IN DER THEORIE DER ZIELERREICHUNG	290
7.4	ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG UND DISKUSSION ENDE 303	295

8.	EINE PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHE THEORIE DES PFLEGEHANDELNS AUF DER BASIS DES RLT-MODELLS UNTER EINBEZIEHUNG DER PFLEGETHEORETISCHEN ANSÄTZE VON PEPLAU, ROY UND KING	305
8.1	SELBST UND PFLEGE: SICH ENTWICKELNDE PROZESSUALE STRUKTUREN. BEZIEHUNGEN UND HANDLUNGSKOMPETENZEN IN FORTWÄHRENDER BEWEGUNG	308
8.2	DAS KONZEPT DER VERLAUFSKURVE EIN WICHTIGER BAUSTEIN FÜR DIE TRANSFORMATION DES RLT-MODELLS IN EINE PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHE THEORIE DES PFLEGEHANDELNS	321
8.3	ZUR ARBEIT AN DEN PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND DER VERLAUFSKURVE DES SELBST	328
8.3.1	INITIIERUNG VON PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND WEITERE KONZEPTE DES VERLAUFSKURVEN-BEZUGSRAHMENS	333
8.3.2	DIE ENTWICKLUNG DER FÄHIGKEIT ZUR PERSPEKTIVENÜBERNAHME UND ZUM INTELLIGENTEN MITFÜHLEN ALS VORAUSSETZUNG ZUR GESTALTUNG DER PFLEGEVERLAUFSKURVE UND DER DES SELBST VOR DEM HINTERGRUND DES MEADSCHEN HANDLUNGSMODELLS	338
8.3.2.1.	ERFAHRUNGEN MACHEN	339
8.3.2.2	ERFAHRUNGEN MACHEN ALS FORM DER HABIT- BILDUNG	342
8.3.2.3	EMOTION UNMD INTERESSE: HANDLUNGSVOLLZUG, WERTE, WAHRNEHMUNG	346
8.3.2.4	OBJEKTE BILDEN UND DIE FÄHIGKEIT ZUR PERSPEKTIVENÜBERNAHME UND ZUM INTELLIGENTEN MITFÜHLEN AUSBILDEN: DIE PHASE DER WAHRNEHMUNG UND MANIPULATION	350
8.3.2.5	ZUR ROLLE DES ÄSTHETISCHEN OBJEKTS, VON GEWOHNHEITEN UND ERFAHRUNGEN FÜR DIE ARBEIT AN DEN PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND AM SELBST IM LEBENS LAUF BZW. ENTLANG DER LEBENS SPANNE	356
8.4.	SICH KREUZENDE VERLAUFSKURVEN: PFLEGE-, SELBST- UND KRANKHEITSVERLAUF SKURVEN	367
8.4.1	EXKURS: AUSGEWÄHLTE FAKTEN ZU KRANKHEIT UND PFLEGE	370
8.4.2	PFLEGE UND KRANKHEIT: AUSWIRKUNGEN AUF DE BEUDEN FORMEN DES PFLEGEHANDELNS UND AUF DIE VERSCHIEDENEN FORMEN DER PFLEGE BEZIEHUNGEN	373
8.5	ECKPUNKTE EINER PRAGMATISTISCH-INTEAKTIONISTISCHEN THEORIE DES PROFES SIONELLEN PFLEGEHANDELNS	380
8.6	SCHLUSSBETRACHTUNG	383
Teil III	THEORIE UND PRAXIS	
9.	DIE PRAXIS ALS ORT ZUR UMSETZUNG DES DER PRAGMATISCHEN THEO RIE DES PFLEGEHANDELNS: KONSEQUENZEN FÜR DIE GESTALTUNG DER BERUFLICHEN ARBEIT	385
9.1	DIE PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHE THEORIE DES PFLEGEHANDELNS ALS EIN WICHTIGER BAUSTEIN EINES ZUKUNFTSFÄHIGEN PROFESSIONELLEN PRAXISMO DELLS	386
9.1.1	PROFESSIONELLE ARBEIT IN BÜROKRATOSCHEN EXPERTENORGANISATIONEN: PPM UND PRA XISENTWICKLUNG	394
9.1.1.1	PROFESSIONELLE PRAXISMODELLE	394
9.1.1.2	PRAXISENTWICKLUNG	397
9.1.1.3	ZUR ROLLE DER FÜHRUNGSKRÄFTE BEI DER ERMÖGLICHUNG EINER PROFESSIONELLEN PRAXIS	399
9.2	EINE ARBEITSORGANISATION NACH DER LOGIK DES PROFESSIONALISMUS ALS VO RAUSSETZUNG ZUM AUSSCHÖPFEN DES POTENZIALS DER PRAGMATISTISCH INTERAKTIONISTISCHEN THEORIE DES PFLEGEHANDELNS	403
9.3	GRENZARBEIT: EIN ERFORDERNIS BEI DER ARTIKULATION UND BESTIMMUNG DER GRENZEN DES PFLEGERISCHEN AUTORITÄTS- UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICHS	412
9.3.1	ENTWICKLUNGSLINIEN DES PFLEGERISCHEN AUTORITÄTS- UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICHS UND WISSENSSYSTEMS IM HISTORISCHEN VERLAUF	415
9.3.2	PROFESSIONELLE UND ORGANISATIONALE SOZIALISATION: ZUR ARBEIT AN DER PROFESSIO NELLEN PFLEGEVERLAUF SKURVE	427
9.3.2.1	ZUR INITIIERUNG DER PROFESSIONELLEN PFLEGEVERLAUF SKURVE: AUSBILDUNG / STUDIUM	428
9.3.2.2	ZUR HERAUSBILDUNG DER PROFESSIONELLEN PFLEGEVERLAUF SKURVE: DER ÜBERGANG VON DER AUSBILDUNG/STUDIUM IN DIE PROFESSION	433

Inhaltsverzeichnis

9.3.2.3	ZUR NOTWENDIGKEIT DER KONTINUIERLICHEN ARBEIT AN DER PROFESSIONELLEN PFLEGE- VERLAUFSKURVE: ERWERB UND VERDIENEN VON PROFESSIONELLER REPUTATION	436
9.3.3	ZWISCHENERGEBNIS	440
9.4	GRENZ- UND ARTIKULATIONSARBEIT ALS VORAUSSETZUNG FÜR DIE ARBEIT AN DEN PROFESSIONELLEN PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND FÜR DIE KOMPETENZENTWICK- LUNG	442
9.4.1	HANDUNGSLEITENDEN FUNKTION VON THEORIEN IN DER PFLEGEPRAXIS	445
9.4.2	KOMPETENZENTWICKLUNG: EINE WICHTIGER ASPEKT DER ARBEIT AN DEN PFLEGEVERLAUFS- KURVEN	448
9.4.3.	DIE PFLEGEKRAFT- PATIENT-BEZIEHUNG AM BEISPIEL DER KLINISCHEN ENTSCHEIDUNGSFIN- DUNG UND DER GESTALTUNG VON BEZIEHUNGEN	456
9.4.4	GRENZARBEIT: VON DER TRADITIONELLEN GESTALTUNG DER SCHNITTSTELLE MEDIZIN – PFLEGE ZUR PROFESSIONELLEN UND PATIENTENBEZOGENEN HANDHABUNG	461
9.4.5	GRENZARBEIT: GESTALTUNG UND MANAGEMENT DER SCHNITTSTELLEN IM INTERDISZIPLINÄ- REN TEAM	469
9.5	ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG	473
	VERZEICHNIS DER TABELLEN	481
	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN	482
	LITERATURVERZEICHNIS	483
	ERKLÄRUNG	

EINLEITENDES VORWORT:

Die vorliegende Arbeit ist das Ergebnis meiner langjährigen Beschäftigung mit dem Phänomen der menschlichen Pflege, dem ich mich aus höchst unterschiedlichen Perspektiven genähert habe. Das Ziel der Arbeit besteht darin, meine Ende der 1980er Jahre begonnene Arbeit an einer handlungstheoretischen Reformulierung des Pflege- und Lebensmodells von Nancy Roper, Winifried Logan und Alison Tierney (im folgenden RLT-Modell) fortzusetzen und zu einem Abschluss zu bringen. Eine erste, noch sehr vorläufige Idee hierzu habe ich in meinem 2001 veröffentlichten Artikel ‚Chirurgie und Pflege – Grundzüge einer Theorie des pflegerischen Handelns‘ (Mischo-Kelling 2001a) vorgelegt. Den Anstoß, mich mit dem RLT-Modell, dessen Grundlage Nancy Roper (1976) mit ihrer empirischen Untersuchung¹ (1970-74) legte, zu befassen, erhielt ich im Rahmen meiner Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem Krankenhaus in der Zeit von 1986 bis 1990. Meine Aufgabe bestand in der Entwicklung und Umsetzung eines ‚ganzheitlichen‘ Pflegekonzepts². Diese Arbeit und die dabei gesammelten Erfahrungen lenkten meine Aufmerksamkeit auch auf die Konzepte des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds, in denen ich wichtige Konzepte zum Verständnis des Handelns einer professionellen Pflegekraft, ebenso wie zum Verständnis des Handelns des zu pflegenden Menschen selbst erkannte (s. Mischo-Kelling 1989, 1994, 2001a, b).

Die Wahl des RLT-Modells als Grundlage der Vermittlung des Pflegeprozesses lag für mich damals, d.h. 1987, aus mehreren Gründen nahe:

1. Es war das erste vollständig ins Deutsche übersetzte Pflegemodell und konnte insofern von allen Pflegekräften gelesen werden.
2. Das Modell ist verständlich, gut darstellbar, und die einzelnen Konzepte³ sind relativ konkret und anschaulich. Der Transfer der Konzepte in die Pflegepraxis schien auf den ersten Blick unproblematisch.
3. Andere Pflegetheorien waren Mitte der 80er Jahre nur in äußerst komprimierten Zusammenfassungen (als Manuskripte für Seminare, Mitschriften, Fachzeitschriftenartikel) oder in der Originalsprache erhältlich. Der Zugang zu den Originaltexten war für viele Pflegekräfte aufgrund der sprachlichen Barriere nicht möglich und auch für diejenigen, die der englischen Sprache mächtig waren, äußerst beschwerlich.
4. Eine Übersetzung anderer Pflegetheorien war nicht in Sicht, da das Interesse der Verlage an der Übersetzung von Pflegetheorien gering war. (Dies hat sich inzwischen geändert.)

Die Erfahrungen, die ich bei der Vermittlung und Umsetzung des Pflegeprozesses auf der Basis dieses Modell machte, zeigten mir, dass sich das theoretische Wissen etwa in Form des RLT-Modells oder des Pflegeprozesses nicht ohne weiteres in die Praxis umsetzen ließ⁴. Obwohl mir bewusst war, dass durch die mir gestellte Aufgabe die bisherige Arbeitsbasis der Pflegekräfte in Frage gestellt wurde, konnte ich deren Reaktionen aufgrund der

¹ Der erste europäische Studiengang in der Pflege wurde 1960 an der Universität Edinburgh, Schottland, eingerichtet (s. Roper et al. 2000: 2f). Roper veröffentlichte die Ergebnisse ihrer ‚Master-Arbeit‘ an der Universität Edinburgh 1976 unter dem Titel ‚*Clinical Experience in Nurse Education*‘. Laut Alison Tierney (2006: 102f) wurde der Fachbereich Pflegestudien schon 1956 an der Universität von Edinburgh eingerichtet.

² Die Krankenhäuser als primäre Ausbildungsstätten für die Berufe in der Krankenpflege sollten sich spätestens nach Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) am 4. Juni 1985 und der Verabschiedung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung (KrPflAprV, Harsdorf/Raps 1986) am 16. Oktober 1985 verpflichtet fühlen, die Einführung des Pflegeprozesses auf den Stationen sicherzustellen. Insofern kann das Projekt auch als wichtige Maßnahme der Krankenhausleitung und des Krankenhaussträgers verstanden werden, den veränderten Anforderungen an die Krankenpflegeausbildung Rechnung zu tragen.

³ Die deutsche Entsprechung des englischen Wortes ‚concept‘ wird im PONS (2003: 164) mit 1. Vorstellung, Idee und 2. mit Entwurf, Konzept, Plan angegeben. Auf die Problematik der Übersetzung dieses Wortes hat Claudia Bischoff-Wanner (2002: 25) hingewiesen, wonach der englische Begriff ‚concept‘ nicht dem deutschen Begriff ‚Konzept‘ entspricht, auch wenn das Wort sowohl ‚Begriff‘ als auch ‚Konzept‘ heißen kann. Sie verweist auf die Kontextabhängigkeit der Verwendung von Begriffen. Mit Blick auf das RLT-Modell ist es sinnvoll von einem Konzept zu sprechen.

⁴ Ich stellte immer wieder fest, dass das Tempo der Lernprozesse bei den Pflegekräften wie auch bei den MitarbeiterInnen der anderen Gesundheitsberufe sich nicht an zuvor fixierten Zeitgrenzen orientierte, auch weil diese Prozesse nicht auf kognitive Lernprozesse reduziert werden konnten. Weiter beobachtete ich, dass das vermittelte Wissen, das um die Elemente der Selbst- und Körpererfahrung ergänzt wurde, nicht unmittelbares Handlungswissen produzierte, das im Berufsalltag sofort zur Anwendung kommen konnte.

damals nur vereinzelt vorliegenden Forschungsergebnisse nur schwer einschätzen⁵. Der Transfer des RLT-Modells in die Praxis fand nicht im Vakuum, sondern in einem sozial vorstrukturierten Raum statt. Er betraf Menschen, die über Vorstellungen dazu verfügten, was Pflege sein und wie ihre berufliche Rolle aussehen sollte. Die inhaltliche Neuausrichtung der Pflege und die gleichzeitige Einführung eines methodischen und arztunabhängigen Vorgehens rüttelten nicht nur am Selbstverständnis der Pflegekräfte, sie stellten auch die bestehenden Arbeitsbeziehungen zwischen Medizin und Pflege zur Disposition. Bei meiner Arbeit stieß ich auf mancherlei Widersprüche. Einerseits wollten die Pflegekräfte die Pflege verändern und identifizierten sich teils begeistert, teils zögerlich mit den in der Pflegeöffentlichkeit und in ihrem Krankenhaus diskutierten Begriffen wie patientenorientierte Pflege, Pflegeprozess u.a.m. Andererseits schreckten sie im beruflichen Alltag immer wieder davor zurück, die in der innerbetrieblichen Fortbildung erarbeiteten Erkenntnisse umzusetzen. Sie brachten hierfür sowohl objektive wie subjektive Gründe vor. Das widersprüchliche Verhalten der Pflegekräfte stellte mich vor die Frage, wie ein solches Verhalten erklärt werden könnte. Die von mir beobachteten Verhaltensweisen werden in der Literatur (s. hierzu z.B. Menzies 1974, Bridges 2003) u.a. mit ‚Widerstand‘, ‚Angst‘ oder mit verschiedenen Formen der ‚Abwehr‘, aber auch mit dem Phänomen des ‚Theorie-Praxis-Gap‘ erklärt. Die zahlreichen Beispiele, die mir die Pflegekräfte während der Fortbildung lieferten, und die Verhaltensweisen, die ich bei der praktischen Umsetzung, d.h. beim Transfer der vermittelten Inhalte und Fertigkeiten/Fähigkeiten beobachten konnte, verwiesen mich jedoch immer wieder auf die Vorstellungen der Pflegekräfte von der Pflege selbst und von ihrer Rolle als Pflegekräfte sowie auf ihre Selbsteinschätzung und die Bewertung der eigenen Arbeit. Hierbei war auffallend, dass die Pflegekräfte gerne die Ärzte als die ‚Verhinderer‘ neuer Ideen in der Pflege darstellen⁶. Nicht nur das Selbstverständnis der Pflegekräfte, auch das Verhältnis von Medizin und Pflege war ins Wanken geraten. Je nachdem, wie dieses Verhältnis gedeutet wurde, wurde auch der Handlungsspielraum der Pflegekräfte anders wahrgenommen und von dem vermittelten Wissen anders Gebrauch gemacht. Insgesamt erforderten die Erfahrungen eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem, was Pflege ist oder sein könnte, die rückblickend mit den Worten von Anselm Strauss (1993) als Arbeit an der ‚beruflichen Identität‘ der Pflegekräfte bzw. an ihrem ‚Selbst‘ und an ihrem beruflichen ‚Selbstkonzept‘ bezeichnet werden kann.

Um mich den beobachteten Verhaltensweisen aus einer theoretischen Perspektive zu nähern, schien mir der Begriff des (Arbeits-)Bewusstseins⁷ zu vage, weshalb ich in der Literatur nach einem genaueren theoretischen Begriff suchte. Diesen habe ich in dem Begriff des Selbstkonzepts⁸ gefunden. Er ist für mehrere Wissenschaftsdisziplinen von zentraler Bedeutung. Ein anderer, in diesem Zusammenhang wichtiger Begriff ist das Selbst. Allerdings stellte ich fest, dass der Inhalt dieser Begriffe von Disziplin zu Disziplin variiert bzw. dass jeweils nur bestimmte Aspekte im Vordergrund stehen (s. Mead 1934/1967, Joas 1992a, Strauss 1993, Abels 1998, 2006, Greve 2000, Schachinger 2002, Mummendey 2006). Da beide Begriffe im RLT-Modell implizit enthalten sind, ohne von Roper et al. weiter untersucht worden zu sein, interessierte mich, welche Bedeutung die Begriffe für

⁵ Siehe auch die Europäische Studie der WHO (1987) ‚People’s Needs for Nursing Care‘.

⁶ So drängten die Pflegekräfte die Ärzte bildlich gesprochen gerne in die Rolle des Königs/der Königin, deren Anweisungen sie wie ergebene Untertanen befolgten. Ein andere mögliche Interpretation der von mir beobachteten Verhaltensweise bietet die von Forsyth/McKenzie (2006: 209f) zitierte Beschreibung der Unzufriedenheit australischer Pflegekräfte von Bryan Turner. Diese wird in einem ‚Vokabular des Klagens‘ zum Ausdruck gebracht, dessen Funktion er darin sieht, dass es einerseits die Pflegekräfte als Berufsgruppe zusammenhält, indem sie hierüber ihren Beitrag zur Patientenversorgung darstellen konnten, und ihnen andererseits half, den relativen Beitrag der Ärzte zur Patientenversorgung zu reduzieren und zu entwerthen. Diese Strategie war in den Augen Turners eine Strategie der Inaktivität. Statt die Frustrationen der Pflegekräfte so zu kanalisieren, dass sie zu Reformen führten, trug die Strategie zu einer kollektiven Katharsis bei, die zu einer momentanen Entlastung der aufgestauten Emotionen und Frustrationen führte.

⁷ Zu diesem Thema hatte ich im Rahmen meiner soziologischen Diplomarbeit eine empirische Untersuchung durchgeführt (s. Mischo-Kelling 1985).

⁸ In der sozialwissenschaftlichen Literatur finden sich viele Hinweise, dass ein Zusammenhang zwischen der Arbeit, die ein Mensch ausübt, und dem Self-Image bzw. Selbstkonzept besteht (s. Beck et al. 1980, Frey/Haußer 1987; Daheim/Schönbauer 1993, Strauss 1997, Heinz 1995, für die Pflege: Napiwotzky 1998, Piechotta 2000; Müller 2001, Klement 2006).

die Pflege haben und wie sie für die Reformulierung des RLT-Modells aus einer handlungstheoretischen Perspektive genutzt werden können.

Daher wollte ich die Bedeutung der Begriffe Selbst, Selbstkonzept und Körperbild für die Pflege im Rahmen einer empirischen Untersuchung näher bestimmen. Dabei stieß ich an Grenzen, die mich veranlassten, das Thema Pflege aus anderen Perspektiven – etwa der historischen – zu untersuchen (s. hierzu Mischo-Kelling 1995a, b). Dies führte zu einer erneuten Auseinandersetzung mit amerikanischen Pflege-theorien und mit wissenschaftlichen Arbeiten zum Begriff des Selbstkonzepts, als deren Ergebnis ich die Begriffe Selbst, Selbstkonzept und Körperbild in Hinblick auf das RLT-Modell weiter ausgearbeitet habe. Ich identifizierte diese Begriffe als Kernstücke einer noch zu formulierenden und empirisch zu untermauernden pflegerischen Handlungstheorie (s. Mischo-Kelling 1994, 2001a, b). Die entsprechenden Anregungen habe ich von amerikanischen Pflege-theorien erhalten (vor allem Peplau, King, Riehl-Sisca, Roy, Orlando, Orem). Weitere Anregungen erhielt ich über die frühe Literatur zum Themenkomplex Pflegediagnosen. Hier wird der Begriff des Selbstkonzepts mit Wahrnehmungsmustern in Verbindung gebracht, die sich auf das Verhalten eines Menschen auswirken und die verschiedenen Aspekte des Selbst wie das Körperbild, die Fähigkeit soziale Rollen auszuüben, die Selbstachtung oder Selbstwertschätzung und die persönliche Identität einbeziehen. Insbesondere die Arbeit von Dorothea E. Orem (1995/1997) und die Auseinandersetzung mit zentralen Arbeiten des amerikanischen Pragmatismus⁹, vor allem mit dem Werk von George Herbert Mead sowie mit den Arbeiten von Anselm Strauss und MitarbeiterInnen haben mich veranlasst, mich intensiver mit dem Thema ‚Pflege als soziales Handeln‘ zu befassen. Von Orem habe ich die Idee eines auf sich selbst bzw. auf andere Menschen bezogenen Handelns übernommen. Ihre Beschränkung auf nur einen Handlungstyp, den des ziel- und zweckgerichteten Handelns, habe ich an anderer Stelle (s. Mischo-Kelling 1995a: 191ff, 2001a) kritisiert und erste Vorstellungen zu einem umfassenden Handlungsbegriff vorgelegt. Die Bedeutung, die den o.g. Konzepten für das pflegerische Handeln zukommt, habe ich dabei vor allem am Ansatz von Hildegard Peplau aufgezeigt und am Beispiel der Rolle des Körpers und Körperbilds vertieft (s. Mischo-Kelling 2001a, b). Auf die theoretischen Ansätze von Sister Callista Roy und Imogene King, die wichtige Anregungen für die Entwicklung eines solchen Handlungsbegriffs liefern, bin ich zunächst nur cursorisch eingegangen.

Wie meine früheren Arbeiten zeigen, hatte ich das Potenzial, das der amerikanische Pragmatismus für die theoretische Durchdringung pflegerischer Phänomene und deren praktische Lösung anbietet, schon früh erkannt. Die allgemeine Bedeutung dieser philosophischen Denkrichtung und der von ihr inspirierten empirisch begründeten pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Handelns von Strauss besteht darin, dass hier u.a. radikal mit Dualismen jeglicher Art gebrochen wird, sei es der Dualismus von Geist und Körper oder von Theorie und Praxis. Ausgangspunkt der theoretischen wie der empirischen Untersuchungen sind menschliche Erfahrungen im Zusammenhang mit menschlichem Handeln. Ich hatte mich dieser Sozialphilosophie bisher primär über die ins Deutsche übersetzten Arbeiten von George Herbert Mead¹⁰ und die Interpretation seines Werkes durch Hans Joas genähert. Um das vermutete Potenzial weiter zu erschließen, bedurfte es einer erneuten intensiven Beschäftigung mit den Arbeiten Meads und John Deweys sowie Strauss', der deren Ideen in seinen Arbeiten aufgegriffen und weiterentwickelt hat (s. hierzu auch Kap. 3).

Die vorliegende Arbeit vertieft meine früheren Erkenntnisse zu der Rolle, die den drei Konzepten ‚Selbst‘, ‚Selbstkonzept‘ und ‚Körperbild‘ im Ansatz von Peplau zukommt, während deren Rolle in den Ansätzen von

⁹ Der Begriff ‚Pragmatismus‘ leitet sich vom griechischen ‚pragma‘ Handlung, Sache ab. Unter dem Begriff ‚amerikanischer Pragmatismus‘ verbirgt sich eine philosophische Denkrichtung, als deren Begründer Charles Sander Pierce gilt. Neben ihm zählen William James, John Dewey und George H. Mead zu deren klassischen Vertretern (s. Nagel 1998).

¹⁰ Vor allem Meads Buch ‚Geist, Identität und Gesellschaft‘ sowie über die von Hans Joas herausgegebenen Bücher zum Werk von Mead (s. insbesondere die Gesammelten Aufsätze 1987, GA I und GA II).

Roy und King hier erstmals herausgearbeitet wird. Die Konzepte, die ihren Ursprung in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen haben, werden von den drei Autorinnen aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven diskutiert und auf pflegerische Situationen bezogen. Ein Ergebnis meiner Rekonstruktion der drei Konzepte in den jeweiligen pflegetheoretischen Ansätzen ist, dass sich in allen dreien Spuren der pragmatistischen Denktradition nachweisen lassen. Wie im weiteren Verlauf deutlich wird, hat diese Denktradition in der US-amerikanischen Pflege mit dem Aufkommen der Idee, dass die Pflege eine Profession sei, die demzufolge ihren Gegenstand bestimmen, entwickeln und pflegen müsse, eine bedeutende Rolle gespielt. Waren es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem die Arbeiten von John Dewey, die im Bereich der Wissensvermittlung zu innovativen Formen des Lernens angeregt haben, ist der Einfluss des amerikanischen Pragmatismus in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in der Pflegewissenschaft eher vermittelt über die in der Pflege verbreiteten Ideen des Symbolischen Interaktionismus spürbar sowie über die breite Rezeption und Verbreitung des von Anselm Strauss und Juliet Corbin vertretenen Forschungsstils der Grounded Theory (s. Corbin/Strauss 2008). In beiden Fällen bleibt der amerikanische Pragmatismus als ‚Hintergrundphilosophie‘ (Joas, zitiert in: Strübing 2005: 39) eher verdeckt. Dies führt dazu, dass das Potenzial, das diese Denktradition der Pflegewissenschaft und der Pflege als einer Praxis menschlichen Handelns eröffnet, bisher nicht erschlossen wurde. Erst in jüngster Zeit, nachdem sich das Forschungsinteresse verstärkt den Fragen der Pflegepraxis zuwendet, und mit der Entstehung einer ‚Nursing Philosophy‘ in den 1990er Jahren gibt es Anzeichen, dass diese Tradition in der nordamerikanischen Pflegewissenschaft aufgegriffen und neu entdeckt wird (s. z.B. Kim/Sjöström 2006, Burbank/Martins 2009, McCready 2010, Råholm 2010). Im angelsächsischen Sprachraum sind es vor allem die Ideen John Deweys zum reflektierten Handeln, die Eingang in den in Großbritannien entwickelten Ansatz des **Practice Development** (PD, Praxisentwicklung) gefunden haben. Auch in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft findet der erwähnte Forschungsstil inzwischen hohen Zuspruch, wie auch die Arbeiten von Strauss und Mitarbeiterinnen zur Krankenhausarbeit und über chronisch Kranke breit rezipiert werden (s. Hellige 2002, Gerwin/Lorenz-Krause 2005, Schaeffer 2009). Dies hat bisher jedoch zu keiner eigenen Auseinandersetzung mit den Vertretern des klassischen Pragmatismus geführt.

In der vorliegenden Arbeit sollen daher die aus einer erneuten Auseinandersetzung mit dem amerikanischen Pragmatismus gewonnenen Einsichten und die Erkenntnisse, die sich aus der Analyse der Konzepte Selbst, Selbstkonzept und Körperbild in den erwähnten pflegetheoretischen Ansätzen ergeben, für eine Überführung der Konzepte des RLT-Modells in eine pragmatistisch gewendete Theorie des Pflegehandelns genutzt werden. Die in Kapitel 8 ausgearbeitete pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns stellt die Summe all meiner Bemühungen dar, das pflegerische Handeln mithilfe des Pragmatismus und dessen Weiterentwicklungen neu zu fassen und zu denken. Ich hatte über die Jahre häufig Gelegenheit, die Relevanz meiner Ideen in der Auseinandersetzung mit Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, aber auch mit ÄrztInnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe in unterschiedlichsten Zusammenhängen zu überprüfen. Auch wenn dies nicht im Rahmen systematischer Untersuchungen geschah, finden sich die daraus gezogenen impliziten wie expliziten Schlussfolgerungen gleichwohl im Ergebnis der vorliegenden Arbeit wieder.

Wie die Erkenntnisse des amerikanischen Pragmatismus zum menschlichen Handeln zeigen, sind die Begriffe Selbst, Selbstkonzept und Körperbild aufs engste mit dem menschlichen Handeln verbunden. Sie sind von daher nicht nur von grundlegender Bedeutung für eine pragmatistische Theorie des Pflegehandelns, sondern liefern auch Hinweise darauf, wie eine theoriegeleitete Pflege in der Praxis realisiert werden kann. Diese Konzepte verweisen u.a. auf folgende Fragen: ***Was ist/bedeutet Pflege in Bezug auf den einzelnen Menschen, wer bin ich als Mensch, wer war ich, wer will ich sein, wer bin ich als Pflegekraft, wer bin ich als Pflegekraft in Bezug auf andere Berufe/Professionen, wer bin ich als zu Pflegender, welche Art von Pflege möchte ich erhalten, welche nicht.*** Die vorliegende Arbeit bewegt sich in ihrer Argumentation auf verschiedenen Ebenen und vergleicht hierbei vor allem Entwicklungen in der US-amerikanischen Pflege mit denen in Deutschland. Mit Blick

auf die angestrebte Theorieentwicklung werden in den nachfolgenden Kapiteln historische, wissenschafts- und pflegetheoretische, professionstheoretische sowie praxisrelevante Fragen berührt. Hierbei wird das Phänomen Pflege aus wechselnden Perspektiven beleuchtet, aus einer theoretischen ebenso wie aus einer auf die Praxis bezogenen. Wie bereits angedeutet, ist die in dieser Arbeit entwickelte Theorie das Ergebnis einer Rekonstruktion verschiedener theoretischer Ansätze und deren Neukombination in Bezug auf die pflegerische Praxis. Da Pflege/Pflegen als Handeln immer menschliche Praxis ist, wird der Praxisbegriff umfassend und inklusiv verstanden. Auch wenn der Schwerpunkt auf dem Pflegehandeln professioneller Pflegekräfte liegt, können der Praxisbegriff und das Pflegehandeln nicht auf dieses beschränkt werden. Um sich der Pflegepraxis und den Konsequenzen, die ein gedankliches Begriffssystem der Pflege (Wissenssystem) mit sich bringt, zu nähern, werden theoretische Diskussionsstränge zu den Begriffen Arbeit, Beruf, Profession und personenbezogene Dienstleistungen aufgegriffen. Es liegt auf der Hand, dass die Beantwortung der Frage, was Pflege/Pflegen im Kern ist oder sein sollte, je nachdem anders ausfällt, ob die Pflege als Laienarbeit, als Berufung, als (unbezahlte) Liebesarbeit, als Instrument der Kirchen, als Hilfe des Arztes, als Erwerbsarbeit (in Form eines ungelernten oder erlernten) Berufs oder als Profession verstanden wird. In der vorliegenden Arbeit wird daher aus einer pragmatistischen Perspektive eine Antwort auf die Frage gegeben, was die Pflege als aktives Tun/Handeln im Kern eigentlich ist. Diese Frage beschäftigt die Pflegewissenschaft seit ihren Anfängen, und die gefundenen Antworten sind bei der Bestimmung des Zuständigkeitsbereichs (jurisdiction) der professionellen Pflege (Abbott 1988) von größter Bedeutung. Sie können zu einem eng umschriebenen oder einem weit gefassten Zuständigkeitsbereich führen, sie können Entwicklungen inspirieren oder sie ersticken.

Da die professionelle Pflege wie die Pflege/das Pflegen vor allem mit weiblicher Tätigkeit assoziiert wird, kommt der Kategorie ‚Geschlecht‘ als Strukturkategorie und heuristischem Erkenntnismittel eine bedeutsame Rolle zu. Im Gegensatz zu herkömmlichen Vorstellungen betrifft die Pflege des eigenen Körpers und Selbst wie die Pflege Anderer Männer und Frauen gleichermaßen. Beide müssen im Interesse des eigenen Überlebens die Kompetenz zur eigenen Pflege erwerben. Darüber hinaus müssen sie im Interesse des Überlebens der Gattung Fähigkeiten zur Pflege anderer Menschen (Kinder, Behinderte, Kranke, Alte) ausbilden. Diese Arbeiten wurden und werden im Rahmen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung in unterschiedlichen Ausmaßen auf die Geschlechter verteilt, und zwar danach, wie das Verhältnis der Geschlechter in bestimmten historischen Konstellationen gesellschaftlich organisiert ist¹¹. Joan Acker (1990: 146f) hat mehrere Prozesse ausgemacht, in denen das Geschlecht von prägender Bedeutung ist wie

1. „den Prozess der Konstruktion der gesellschaftlichen Arbeitsteilung
2. den Prozess der Konstruktion von Symbolen und Images, die diese Arbeitsteilung erklären, zum Ausdruck bringen, verstärken oder sich ihr entgegenstellen
3. die Interaktion zwischen Männern und Frauen, Frauen und Frauen, Männern und Männern, einschließlich aller denkbaren Formen von Dominanz und Unterordnung
4. Prozesse, die die Herausbildung vergeschlechtlichter Bestandteile der individuellen Identität hervorbringen
5. den grundlegenden, immer vorhandenen (fortlaufenden) Prozess der Herstellung und Konzeptualisierung sozialer Strukturen, in die das Geschlecht verwoben ist“.

All diese Prozesse sind für die Pflege von Bedeutung. In eine ähnliche Richtung zielt der Vorschlag von Celia Davies (2000b: 345f), wonach sich für das Verständnis der Pflege als Profession mit Blick auf die Kategorie Geschlecht drei Herangehensweisen anbieten. Erstens sollte diese Kategorie nicht mehr als Merkmal (Attribut) einer Person, sondern als kulturelle Ressource gesehen werden, die auf verschiedenen Ebenen zum Tragen kommt - bei der Konstruktion/Herstellung von Identität ebenso wie bei der Repräsentation und bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen sowie in der Logik und Tiefenstruktur (deep structure) von Institutio-

¹¹ In Bezug auf die berufliche/professionelle Pflege wirkt sich dieser Umstand etwa darauf aus, welches Wissen in der pflegerischen Praxis zum Tragen kommt und wie der Handlungsspielraum der Pflegekräfte in den jeweiligen Praxisfeldern definiert wird.

nen. Zweitens ist es notwendig, die Gleichsetzung zu vermeiden, wonach Geschlechterfragen nur Frauen betreffen. Stattdessen ist Geschlecht als binäre Beziehung zu sehen, die Frauen und Männer als positiv verschieden, d.h. als ‚A‘ und ‚B‘ anstelle von ‚A‘ und ‚Nicht-A‘ darstellt. Schließlich muss Geschlecht nicht nur substantivisch, sondern auch verbal transitiv (im Sinne von ‚vergeschlechtlichen, vergeschlechtlicht‘) und damit als von Menschen hervorgebrachter Prozess gedacht werden, der in einigen Zusammenhängen verstärkt, in anderen in Frage gestellt wird¹². Es handelt sich um einen strukturellen Aspekt, der sich auf die verschiedenen Ebenen, der Mikro- (unmittelbare Interaktion), Meso- (beruflicher Bereich, Organisation) und Makroebene (Gesetzgebung, Gesellschaft etc.) auswirkt.

¹² Helga Krüger (2001a: 63) hebt hervor, dass die ‚Geschlechter-Stereotypisierungen‘ ebenso wie die sozialstrukturellen Ordnungen und Grenzbestimmungen eines bipolaren Ordnungssystems einschließlich der Zuordnung von Territorien zu ‚männlich‘ oder ‚weiblich‘ dem sozialen Wandel unterliegen. Deshalb müssen die Ebene des Interaktionsgeschehens, die Sozialstruktur und die Ebene der geschlechtlich typisierten Zuordnung gesellschaftlicher Aktivitätsfelder betrachtet werden.

DANKSAGUNG

Die vorliegende Arbeit wäre nicht zustande gekommen ohne die Personen, die mein Interesse an der Entwicklung der Pflegewissenschaft, vor allem an der Pflege Theorie geweckt haben. Den ersten Anstoß hierzu bekam ich von Barbara Hedin. In Karin Wittneben, die ich 1986 während eines Seminars über Pflege Theorien an der Universität Maastricht, Niederlande, kennenlernte, habe ich eine Kollegin gefunden, der ich viele Anregungen verdanke. Auch der persönliche Kontakt zu einigen Pflege Theoretikerinnen, besonders zu Hildegard Peplau, Imogene King und Dorothee Orem hat mich mit deren Theorien bekannt gemacht und mich veranlasst, mich mit der Geschichte der amerikanischen Pflege auseinanderzusetzen. In vielen Begegnungen mit Marie Manthey habe ich gelernt, die Dinge positiv zu sehen und bereit zu sein, Grenzen zu überschreiten. Allen Kolleginnen aus den USA, mit denen ich so oft Gedanken austauschen und vertiefen konnte, sei an dieser Stelle gedankt.

Prof. Dr. Hans Braun und Gisela Vogt-Versloot waren es, die meine ersten Versuche einer Veränderung der pflegerischen Praxis möglich gemacht haben. Bei meinen späteren Direktoriumskollegen Dr. Eckhart Gührs und Dr. Lutz Hoffmann habe ich immer ein offenes Ohr und viel Unterstützung gefunden. Danken möchte ich auch den vielen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und – pflegern und den Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Gesundheitsberufe. Sie haben mir gezeigt, dass die vielen Fragen nicht nur aus einer Perspektive zu sehen sind. Mit Petra Schütz-Pazzini habe ich gerne die Freude und das Leiden an den komplexen Veränderungsprozessen geteilt. In Südtirol hatte ich Gelegenheit, mich besonders mit dem Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit auseinanderzusetzen. Stellvertretend für viele seien hier Maria Joris, Paola Galetti, Vilma Gozzi, Gundula Gröber, Thomas Kirchlechner, Mario Martignone, Marlis Thaler, Thea Villgratner sowie Dr. Günther Donà genannt. Auch meinen jetzigen Kolleginnen und Kollegen verdanke ich viele Anregungen. Luisa Cavada, Lukas Lochner, Paola Sperindè, Heike Wieser, und Dr. Eduard Egarter-Vigl haben mir gezeigt, dass Veränderungen in der Pflege und im Krankenhaus unter den gegebenen Rahmenbedingungen möglich sind und dass es möglich ist, an den Grenzen ‚träger Systeme‘ zu arbeiten, und diese zu durchbrechen.

Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Helga Krüger, meiner ursprünglichen ‚Doktormutter‘. Sie hat meine Arbeit – nicht nur die vorliegende - stets mit großer Einlassung begleitet. Trotz ihrer schweren Erkrankung hat sie sich noch selbst um ihren Nachfolger bemüht. Ich bin Herrn Professor Stefan Görres sehr dankbar, dass er sich bereit erklärt hat, die weitere Betreuung dieser Arbeit zu übernehmen.

Viele Kolleginnen und Freundinnen haben die Kapitel dieser Arbeit immer wieder gelesen und kritisiert. Danken möchte ich hier besonders Gerda Horz-Heggemann, die mir immer wieder Mut gemacht hat. Nicht unerwähnt soll Holger Pahl bleiben, der mich bei der Suche und Beschaffung von Literatur maßgeblich unterstützt hat. Ein besonderer Dank gilt auch Renate Tewes, die mich vor allem in der letzten Phase dieser Arbeit begleitet hat. Sie hat diese Arbeit zum Teil mehrfach gelesen und immer wieder kritisch kommentiert. In den unvermeidlichen Phasen der Mutlosigkeit hat sie mich bestärkt und mir neue Zuversicht gegeben.

Was die vielen Jahre, die diese Arbeit gebraucht hat, bedeuten, weiß wohl am besten meine Familie, die immer an mich geglaubt hat. Meine Töchter Hannah, Klara und Emily haben mich angespornt, mir geholfen und sich immer wieder auch an den Überlegungen beteiligt. Für ihre Geduld und für ihre Zuversicht, dass die Arbeit doch einmal ein Ende finden würde, bin ich ihnen von Herzen dankbar. Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Gerhard Kelling, der wie kein anderer diese Arbeit kennt. Er hat jede Zeile gegengelesen und Sorge für die Sprache getragen. Er weiß am besten, wie viel ich ihm schulde.

TEIL I

THEORETISCHER TEIL 1

1. GEGENSTAND UND PFLEGEWISSENSCHAFTLICHE VERORTUNG DER ARBEIT

Da Fragen in Bezug auf die Pflege in historischen Zusammenhängen unterschiedlich beantwortet werden, soll die Arbeit zunächst im historischen Kontext und im pflegewissenschaftlichen Diskurs verortet werden. Hierbei wird der Blick schwerpunktmäßig auf die USA als das Land gerichtet, in dem die Pflegewissenschaft ihren Ursprung genommen hat.

1.1 ZUM HISTORISCHEN KONTEXT

Wurde die außerhäusliche Pflege fremder Menschen im 19. Jahrhundert in vielen Ländern eher als *weibliche Berufung* definiert, ging es gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts führenden Pflegekräften in den USA wie Lillian Wald, Isabel Hampton Robb, Annie Goodrich, Lavinia Dock, Adelaide Nutting, Mary Gardner oder Sophia Palmer darum, die Pflege als *gelernten Beruf* zu etablieren. Nachdem dieses Konzept schon bald als Differenzierungs- oder Abgrenzungskriterium gegenüber anderen Berufen bzw. Handwerken ('trades') nicht mehr ausreichte (s. Baer 1990, Baer et al. 2002, Melosh 1982, Mischo-Kelling 1995a, Reverby 1989), entstand Anfang des 20. Jahrhunderts die Idee, die Pflege als **Profession** zu verstehen. Damit wurde es notwendig, nicht nur den Gegenstandsbereich der professionellen Pflege und deren Wissensbasis einschließlich der zu erlernenden Fähigkeiten/Fertigkeiten inhaltlich zu bestimmen, es ging in der Folge auch darum, den Gegenstandsbereich der Pflege gegenüber anderen Berufen bzw. Professionen in der Praxis zu behaupten. Aus professionstheoretischer Sicht ging es auf der praktischen Ebene um die Klärung des professionsspezifischen Zuständigkeitsbereichs - 'jurisdiction' - (Abbott 1988) der professionellen Pflege. Erste Antworten auf die im einleitenden Vorwort gestellten Fragen, was Pflege ist und was sie in Bezug auf andere Professionen ist, geben die etwa seit Mitte des 20. Jahrhunderts veröffentlichten pflegetheoretischen Ansätze und damit die in dieser Arbeit primär interessierenden Arbeiten von Peplau, Roy und King, die die Pflege als ein eigenständiges, von Krankheit und Medizin losgelöstes, gleichwohl mit beiden in Zusammenhang stehendes Phänomen betrachten.

Die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehenden pflegetheoretischen Ansätze von Peplau, Roy und King sind ein Ergebnis der Professionalisierungsbemühungen in der Pflege. Müssen diese Ansätze im Kontext der gegen Ende des 19. Jahrhunderts einsetzenden Professionalisierung der Pflege in den USA gesehen werden, verweist das RLT-Modell auf die nach dem Zweiten Weltkrieg einsetzende Entwicklung in Großbritannien. In Deutschland werden diese Entwicklungen bis weit in die 1960er Jahre hinein eher zaghaft aufgegriffen. Dies ändert sich erst Anfang der 1970er Jahre, als im Zuge der Diskussion um das Krankenpflegegesetz und die zeitgleich einsetzenden Reformen im Bildungsbereich eine Auseinandersetzung mit den Entwicklungen in anderen Ländern erforderlich werden. Erste wichtige Impulse gingen hier vom Strukturplan für das Bildungswesen aus, der 1970 vom Deutschen Bildungsrat (1965-1975) veröffentlicht wurde (s. Hartmann 1975, Mischo-Kelling 1995b: 243). So begründete der Wissenschaftsrat (Hartmann 1975: 51) in dem o. g. Strukturplan eine Neuorientierung der Ausbildung in der Krankenpflege mit

- „der Veränderung und Erweiterung der ärztlichen Wirkungs- und Eingriffsmöglichkeiten infolge technologischer und medizinischer Entwicklungen
- den sich dadurch ergebenden veränderten Anforderungen der Patientenversorgung
- der Einsicht in psychosomatische Wechselwirkungen und damit, dass eine veränderte Mentalität der Patienten aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen eine andere Herangehensweise erfordere“.

Wie die in den 1970er Jahren einsetzende Diskussion um die Neuausrichtung der Erstausbildung und die damit verbundene Frage der Ansiedlung derselben im Berufsbildungssystem bzw. im tertiären Bereich zeigt, waren die Vorstellungen von der Pflege als Beruf und die Weiterentwicklung der Pflege noch eng an die ärztliche Profession gebunden. Als Beispiel ist hier etwa der schon in der Planungsphase gescheiterte Modellversuch der Univer-

sität Ulm (1971-1974) mit dem Arbeitstitel ‚Diplommediziner‘ zu nennen¹ (s. Müller 1996: 11). Ein deutlich anderer Entwicklungsschub ging von der WHO aus, die im Rahmen des mittelfristigen Programms für das Krankenpflege- und Hebammenwesen (1976-1983) eine europäisch-multinationale Studie ‚People’s needs for Nursing Care‘ initiierte und damit in Deutschland die Beschäftigung mit dem ‚Pflegeprozess‘ und anderen Ideen förderte (s. bspw. Fiechter/Meier 1985, Taubert 1992, Mischo-Kelling 2003, Habermann/Uys 2006, Habermann 2006). Erst weitere 20 Jahre später gelang es im Rahmen der Akademisierung von Teilbereichen der Pflege, Anschluss an die o.g. Entwicklungen zu finden und diese vor allem im Bereich der Pflegebildung² nutzbar zu machen (s. etwa zur Verbreitung des RLT-Modells in Deutschland Brandenburg/Dorschner 2003).

Wie Erfahrungen in den USA, sowie in europäischen und außereuropäischen Ländern nahelegen, hat die Idee von der Pflege als einer Profession Folgen für die Gestaltung der konkreten Pflegearbeit. Die vielfältigen von der einsetzenden Professionalisierung der Pflege ausgehenden Folgen zeigen sich nicht nur im Bereich der Bildung, sie schlagen sich ebenso in der Praxis bei den vielfältigen Bemühungen nieder, **die Pflege** in einem seit dem 20. Jahrhundert männlich konnotierten und medizindominierten Gesundheitswesen **als autonome Profession zu etablieren** und den **Gegenstandsbereich der Pflege in der beruflichen Praxis** zur Geltung zu bringen. In diesem Kontext ist sowohl die Entstehung von Pflege-theorien und der Pflegeforschung zu sehen, die Einführung des Pflegeprozesses als eines methodischen Mittels zur Strukturierung und Gestaltung der Pflege, wie auch das Aufkommen von Pflegediagnosen und später das der verschiedenen Klassifikationssysteme, die Entwicklung von Organisationsformen der pflegerischen Arbeit (kurz: Pflegesysteme) wie des Primary Nursing (Primäre Pflege), die diversen Formen des Case Managements und so genannter Professioneller Praxismodelle, deren Umsetzung durch die Magnet-Hospital-Bewegung gefördert wird (s. Clifford/Horvarth 1990, Manthey 2002, Kramer/Schmalenberg 2005a, Huber 2006, Mischo-Kelling 2007c, Deutschendorf 2010). In Großbritannien und in den von diesem beeinflussten Ländern wie Australien, Neuseeland, aber auch Kanada wird hingegen die Verankerung einer personenzentrierten Praxis maßgeblich durch den schon erwähnten Practice Development³ Ansatz (PD, Praxisentwicklung) vorangetrieben (s. McCormack/Manley/Garbett 2004, Manley/McCormack/Wilson 2008).

Die Analyse all dieser Bemühungen zeigt, dass das sich seit dem 19. Jahrhundert langsam entwickelnde und Anfang des 20. Jahrhunderts von führenden Pflegekräften in den USA übernommene und modifizierte männlich konnotierte Professionskonzept für die berufliche Pflege ein strukturell höchst bedeutsames und folgenreiches Konzept ist. Auf dieses strukturelle Problem hat zuerst Strauss (1966/2001: 54f) hingewiesen, der am Beispiel der historischen Entwicklung der beruflichen Pflege in den USA die strukturelle Abhängigkeit der pflegerischen von der medizinischen Arbeit untersucht und auf das strukturelle Arrangement der beiden Berufe aufmerksam gemacht hat. Dieses zeichne sich in der amerikanischen Pflege durch ein ihr eigenes charakteristisches ‚subordinate-superdominate pattern‘⁴ auf der Basis der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung⁵ aus. Auf der Arbeitsebe-

¹ Die Bildungsinitiativen wie der Modellversuch für Lehrende in Medizinalfachberufen an der Freien Universität Berlin, an der Universität Osnabrück sowie an der Katholischen Fachschule Osnabrück sind im Kontext des o.g. Strukturplans zu sehen.

² Eine erste Rezeption von Pflege-theorien setzt im Zusammenhang mit der Aufnahme und Verbreitung des Pflegeprozesses ein (s. zusammenfassend Mischo-Kelling 2003).

³ Es geht hier u.a. auch darum, wie die professionelle Expertise auf betrieblicher Ebene so gefördert werden kann, dass diese eine am Menschen orientierte Gesundheitsversorgung ermöglicht. Auf dem europäischen Kontinent wird dieser Ansatz gegenwärtig insbesondere in der Schweiz und in den Niederlanden aufgegriffen.

⁴ Risjord (2010: 7f) beschreibt am Beispiel von Nightingale und Brennan, einer amerikanischen Pflegekraft, die ambivalente Rolle des Theorieverständnisses in der Pflege im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Diese wird von beiden Frauen im Zusammenhang mit dem Gehorsam der Pflegekräfte gegenüber den Ärzten bei der Befolgung ärztlicher Anordnung diskutiert. Um diese ausführen zu können, benötigten die Pflegekräfte Kenntnisse in Bezug auf medizinische Begriffe und medizinisches Wissen. Der Begriff Theorie wurde mit medizinischem Wissen gleichgesetzt. Nichtsdestotrotz wurde von beiden **ein eigenständiger, von der Medizin unabhängiger Bereich der Pflege behauptet. Dieser Bereich verlangte** eine pflegerische Expertise, deren **spezifisches Wissen in der Pflege, d.h. in der Praxis verkörpert war**. Dieses Wissen wurde im Prozess der pflegerischen Versorgung des Patienten erworben und es wurde bis ins 20. Jahrhundert unterstellt, dass Frauen aufgrund ihres Geschlechts von Natur aus über dieses Wissen verfügen.

ne wurde den Pflegekräften aufgrund dieser Arbeitsteilung ein doppeltes Mandat zugesprochen: das Mandat zur Ausführung der an sie delegierten für die medizinische Versorgung des Kranken notwendigen Aufgaben und das Mandat, sich um die für die Ausführung dieser medizinischen Aufgaben erforderlichen psychologischen und moralischen Untertöne zu kümmern. Letzteres Mandat verweist auf den so genannten autonomen oder eigenständigen Bereich der Pflege (s. ANA 1980, 2003). Strauss (1966/2001: 67) betrachtet das zwischen Medizin und Pflege bestehende ‚subordinate-superdominate pattern‘ als Innovationshindernis, welches überwunden werden muss. Johann Jürgen Rohde (1974) konstatierte in seiner inzwischen klassischen Arbeit zur ‚Soziologie des Krankenhauses‘, dass das Begründungs- und Legitimationsmuster des von ihm beschriebenen pflegerischen Funktionskreises aufgrund gesellschaftlicher und medizinischer Entwicklungen nicht mehr tragfähig sei und einer Neubegründung sowie Legitimation bedürfe. Bei seinen Vorstellungen einer solchen Neubegründung des pflegerischen Funktionskreises greift er auf Ideen aus den USA zu dem zuletzt genannten Mandat zurück, wobei er in Anlehnung an Whiting vier pflegerische Aufgaben wie z.B. die emotionale Abstützung des Patienten oder die Erziehung des Patienten nennt (s. Kap. 4). Die unter dieses Mandat fallende Arbeit beschreiben Strauss et al. (1985) viele Jahre später u.a. mit dem Begriff ‚Gefühlsarbeit‘. Celia Davies (1995a) analysiert in ihrer Arbeit ‚*Gender and the Professional Predicament in Nursing*‘ die professionelle Zwickmühle, in der sich die Pflege aufgrund der seit dem 19. Jahrhundert bestehenden vergeschlechtlichten Arbeitsbeziehung zwischen Medizin und Pflege befindet. Die den Frauen aus dieser Arbeitsteilung und dem daraus abgeleiteten Arbeitsarrangement erwachsende Vermittlungs- und Gewährleistungsarbeit zwischen der Haus- und Erwerbsarbeit einerseits sowie zwischen der medizinischen und pflegerischen Arbeit andererseits erschwert auf vielfältige und höchst subtile Weise die praktische Umsetzung der von der Pflegewissenschaft entwickelten Ideen und verhindert die Entwicklung eines positiven beruflichen Selbst und Selbstkonzepts. Sie führt zu einer Verzerrung und Verdunklung des Gegenstandsbereichs der Pflege. Die spezifische Konstruktion des Pflegeberufs im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts, die in den verschiedenen Ländern Gemeinsamkeiten und Variationen aufweist, kommt bei der Umsetzung der in Kap. 8 entfalteten Theorie des Pflegehandelns zum Tragen. Laut vorliegenden Erkenntnissen werden pflegetheoretische Ansätze im Gegensatz zu medizinischem Wissen in der Praxis kaum genutzt (s. bspw. Chinn 2007). Was Davies als Zwickmühle beschreibt, diskutiert Ursula Holtgrewe (1997: 97ff) unter dem Stichwort ‚Assistenz‘. Sie unterscheidet zwei **Muster von Assistenz**, die sie als ‚Zunft‘- und ‚Eheparadigma‘⁶ bezeichnet. Die Pflege ist dem letzteren zuzurechnen. Im Eheparadigma übernehmen Frauen die Assistenz in Bezug auf die Arbeit eines anderen, häufig die eines Professionellen wie eines Arztes, Rechtsanwalts oder Pfarrers/Theologen. Für die Entwicklung der Pflege in Deutschland ist von Bedeutung, dass die berufliche Pflege im 19. Jahrhundert ihren Ausgangspunkt und ihre Legitimation zunächst in der religiös motivierten **Heilspflege** nahm und erst später in der an der Medizin orientierten **Heilpflege** (s. Schaper 1987, Mischo-Kelling 1995b sowie Kap. 4). Dieses Muster findet bis heute in der Definition der Pflege sowie in entsprechenden Gesetzen seinen Niederschlag. Erste Ansätze zur Überwindung dieses Musters setzen mit den Professionalisierungsbestrebungen der eingangs erwähnten Pflegeführungskräfte in den USA ein. Dieser Prozess kann grob in drei Phasen eingeteilt werden. In der ersten Phase, die ich als Phase der Modifikation des männlich konnotierten ‚Professionskonzepts‘ bezeichnen möchte, werden wichtige Etappen bei der Herausbildung des Gegenstandsbereichs der Pflege in den USA zurückgelegt. Sie reicht vom Beginn des 20. Jahrhunderts bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs. In dieser Zeit bildet sich ein erster Bezugsrahmen für das neue Professionsverständnis in der Pflege heraus. Vor diesem Hintergrund setzt 1952 mit der Veröffentlichung von Peplaus Buch ‚*Interpersonal Relations in Nursing*‘ die zweite Phase ein, in der es um eine theoretische, wissenschaftlich abgestützte Begründung des ‚autonomen Bereichs der Pflege‘ geht. Wurde in der ersten Phase noch das Geschlecht zur Legitimation und besonderen Eignung der Frauen für die professionelle Pflege bemüht, spielte dieses Argument in dieser zweiten Phase vordergründig kei-

⁵ Diese Einschätzung wird in einer neueren historischen Untersuchung von Susan Gelfand Malka (2007: 17) bestätigt. Sie zitiert eine Untersuchung aus den 1960er Jahren, in der 21 von 22 befragten Pflegekräften angaben, dass sie den Anordnungen des Arztes ohne Fragen zu stellen folgen. Sie konstatiert eine völlige Abhängigkeit der Pflege von der Medizin.

⁶ Beim Zunftparadigma stellt der Status ‚Assistenz‘ nach Holtgrewe (1997: 98) idealtypisch einen Abschnitt in der Ausbildung dar bzw. eine Etappe der Karriere im eigentlichen Beruf bzw. in der Profession.

ne Rolle mehr, und zwar bis Anfang der 1990er Jahre, von wo an das Thema ‚Caring‘ die theoretische Debatte bestimmte. Ein Blick hinter die Kulissen zeigt jedoch, dass das Geschlecht bei der Anerkennung der Pflege als wissenschaftlicher Disziplin innerhalb eines männlich konnotierten Wissenschaftsbetriebs und Wissenschaftsverständnisses⁷ durchaus eine Rolle spielte. Die dritte Phase möchte ich mit dem Begriff einer wissenschaftsgestützten Pflegepraxis umschreiben. In dieser Phase geht es vor allem darum, die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und die pflegetheoretischen Ansätze für die Praxis nutzbar zu machen (s. Birk 2007). Spätestens hier wird die Auseinandersetzung mit dem etablierten subordinate-superdominante-Muster in seinen unterschiedlichen Ausprägungen bedeutsam. Alle genannten Phasen sind für die vorliegende Arbeit mehr oder weniger von Bedeutung. Nachfolgend werden wichtige Entwicklungsetappen der ersten und zweiten Phase skizziert.

1.2 HERAUSBILDUNG DES GEGENSTANDSBEREICHS DER PFLEGE: ERSTE PRAGMATISTISCHE WURZELN

Bei der Herausbildung der ersten Umriss des pflegerischen Gegenstandsereichs in den USA waren die beiden Praxisfelder, *das Krankenhaus als Ausbildungsstätte* und *das Zuhause des Patienten*, d.h. seine Wohnung und sein näheres soziales Umfeld, als primäre Arbeitsplätze im Anschluss an die Ausbildung von zentraler Bedeutung. Erhellend ist, wie Wortführerinnen wie Lillian Wald⁸, Lavinia Dock & Annie Goodrich die Pflege sahen. Danach bestimmte sich die pflegerische Arbeit nach dem Bedarf der Gesellschaft und des einzelnen Patienten, wie das folgende Zitat zum Ausdruck bringt:

„Nursing practice was not synonymous with ‘doing’. Technical training was simply a component of the greater ‘nursing work’, which concerned itself with human beings, relationships, and environment. A bed bath was not a practice, but nursing was. And the ‘being’ of nursing belonged not to the individual nurse, but to the collective group called Nursing. This group identity, which Wald called the ‘spirit of nursing’, was a virtue of nursing that enabled the profession, as a collective, to achieve the needed outcomes of nursing practice. The ideal outcome was conceptualized as a perfected humanity” (Hamilton 1994: 15).

Das Bild, das diese Frauen von der Pflege entwarfen, bestimmte in der Folge die Herausbildung erster Wissenskonturen in der Pflege. Um die Konkurrenzfähigkeit der Pflege als eines gelernten, zunehmend auch ‚gelehrten‘ Berufes zu erhalten⁹, musste die Pflegeausbildung in das höhere Bildungswesen verlagert werden. Zur Begründung bedienten sich die führenden Pflegekräfte des von *Männern definierten Professionskonzepts*, indem sie ihrem Professionsbegriff Eigenschaften des jeweils vorherrschenden Frauenbildes beifügten und ihn an die jeweils vorgefundene gesellschaftliche Situation anpassten. Als Rollenmodell diente die sich professionalisierende Medizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts¹⁰, deren Professionsverständnis von den Vorstellungen Abraham

⁷ Der Einfluss eines männlich konnotierten Wissenschaftsverständnisses lässt sich m.E. gut am Beispiel der Theorieentwicklung in der Pflege rekonstruieren. Das Dilemma der Pflegewissenschaft bestand darin, dass sie sich als eine von Frauen dominierte Disziplin im männlich dominierten Wissenschaftsbetrieb Gehör und Anerkennung verschaffen musste.

⁸ Hamilton (1994: 13) hebt hervor, dass Wald die Äußerung machte, dass die Pflege nicht mehr das ‚handmaiden‘ der Ärzte sei, die offizielle Frau der Medizin, oder die jüngste Schwester in der medizinischen Familie. Ihr schwebte stattdessen eine unabhängige Pflegeprofession vor.

⁹ Eine Folge der Demokratisierung des Wissens und der im Zuge der Industrialisierung neu geschaffenen Beschäftigungsmöglichkeiten war, dass Frauen in zunehmendem Maße Zugang zur Collegeausbildung hatten (s. auch Raeithel 1988). Für bestimmte Frauen verlor die Pflegeausbildung an Attraktivität. Diese galt es über die Anhebung der Pflegeausbildung zurückzugewinnen (s. u.a. die Beiträge in Birnbach/Lewenson 1991). In diesem Zusammenhang sind die unterschiedlichen Entwicklungen von Pflege und Medizin aufschlussreich (s. ausführlich hierzu Ludmerer 1985, Risjord 2010).

¹⁰ Mit der Übernahme oder der Anlehnung an das Konzept einer Profession war nicht zwangsläufig die Akzeptanz der Unterordnung der Pflege unter die Medizin verbunden. Das Professionskonzept eröffnete vielmehr die Chance, die bislang geltende Geschlechtertrennung infrage zu stellen. In diesem Zusammenhang ist erhellend, dass vor allem solche Mediziner die Professionalisierung der Medizin vorantrieben, die in ‚medical school complexes‘ tätig waren. Um das Konzept einer wissenschaftlich begründeten Medizin durchzusetzen, verknüpften sie es mit dem ‚business model‘. Sie erhielten dabei erhebliche Unterstützung von Seiten der Rockefeller Foundation und anderer von Industriellen gesponsorten Stiftungen (s. Markowitz/Rosner 1979: 187f).

Flexners¹¹ geprägt war. Er hatte mit der Veröffentlichung seines Berichts über die medizinische Ausbildung maßgeblich zu deren Verbesserung beigetragen. Unmittelbar nach der Veröffentlichung dieses Berichts setzte sich Nutting 1911 bei der Rockefeller Foundation für eine vergleichbare Studie zur Pflege ein. Es gelang ihr aber erst 1918, Gelder dafür einzuwerben. Auch wenn die Ergebnisse des 13 Jahre später veröffentlichten Goldmark-Reports von vergleichbarer Bedeutung für die Pflegebildung wie die des Flexner-Reports für die medizinische Bildung waren, führten sie nicht zur der erhofften grundlegenden Reform der Pflegeausbildung¹² (Gebbie 2009). In der Folge dieser Studie kam es aber zur Gründung dreier Pflegestudiengänge an der Yale, der Vanderbilt und der Western-Reserve University (s. Garling 1985: 28) und zu einer Folgestudie. Eine weitere positive Folge war, dass die Schulen in den 1920er und 1930er Jahren immer mehr dazu übergingen, Vollzeitlehrerinnen einzustellen. Dies führte dazu, dass die ‚Kunst des Pflegens‘ (nursing art) nicht mehr nur während der praktischen Arbeit oder im Rahmen des medizinischen Unterrichts vermittelt wurde, sondern als eigenes theoretisches Fach. Unter ‚nursing art‘ wurden die Technik des Umgangs mit dem Patienten (handling the patient), die tägliche Pflege sowie die Durchführung der medizinischen Anordnungen (treatments) verstanden (s. Melosh 1982: 52f). Wie Risjord (2010: 8) anmerkt, drehte sich die Auseinandersetzung, ob die Pflege eine Profession ist oder nicht, Anfang des 20. Jahrhunderts um Fragen der Pflegebildung, um einen eigenständigen, unabhängigen Verantwortungsbereich der Pflege sowie um die intellektuelle Basis der Pflege.

Aus den Veröffentlichungen zu Anfang des 20. Jahrhunderts geht zunächst nicht hervor, was die führenden Pflegekräfte unter ‚scientific knowledge‘ verstanden¹³. Die Vorstellungen und Methoden des ‚scientific managements‘, der wissenschaftlichen Betriebsführung, sowie der Home-Economic-Bewegung lieferten offenbar einen wichtigen Orientierungsrahmen für die nähere Bestimmung des Gegenstandsbereichs der Pflege¹⁴ (s. hierzu auch Peplau 1987: 16f, Reverby 1989, Mischo-Kelling 1995a: 172f). Wie Veröffentlichungen von Bertha Harmer (1922, 1925, 1936) zu entnehmen ist, gab es daneben auch andere Versuche, die Pflege selbst in den Mittelpunkt der akademischen Ausbildung und Wissensentwicklung zu rücken. Annie Goodrich, erste Dekanin der Yale School of Nursing, sah in der Pflege wie ihre Kolleginnen Nutting/Stewart eine auf Wissen basierende Profession, die patientenorientiert handelt und demzufolge gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten voraussetzt. Sie beschreibt die Pflegekraft und die von ihr zu erbringende Dienstleistung wie folgt:

„The nurse is a remedial agent whose services in all classes of society at frequent intervals and in intimate and prolonged association, afford her an almost unlimited opportunity for health education which is the keynote of preventative medicine“ (zitiert in Brooks/Kleine-Kracht 1983: 57).

Die Vorstellungen dieser Frauen von einer auf den Patienten bezogenen und an seiner Gesundheit orientierten Pflege sind vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen als ‚public health nurses‘ zu sehen. Hier war die pflegerische Arbeit von vornherein auf die jeweilige Bezugsgruppe, d.h. den Patienten, die Familie oder die Gemeinde ausgerichtet (s. auch Hamilton 1994, Boschma 1997: 166ff). Die so entwickelten Ideen zur Pflegearbeit bereiteten den Boden für Konzepte wie ‚ganzheitliche Pflege‘, ‚umfassende Pflege‘ oder ‚total patient care‘ sowie für eine be-

¹¹ Er war Pädagoge und Absolvent der John Hopkins Universität. Für ihn sind die Begriffe Profession und Wissenschaft miteinander verbunden. Sein Wissenschaftsverständnis war durch das an der John Hopkins Universität herrschende geprägt, welches nach dem Vorbild der deutschen Universität konzipiert worden war und in der wissenschaftlichen Ausbildung dem Humboldtschen Bildungsideal der Einheit von Lehre und Forschung folgte, wonach man eine Profession bzw. einen gelehrten Beruf in den berufsbildenden Fakultäten der Universitäten erlernte (s. Flexner 1932: 59f, Ludmerer 1985, Raeithel 1988).

¹² Hiernach sollte die Pflegeausbildung auf akademischer Ebene angesiedelt und das Curriculum pflegeinhaltlich ausgerichtet sein und allgemein bildende Fächer beinhalten.

¹³ Dieser Begriff war auch in der Ärzteschaft ein schwammiger. Es kann vermutet werden, dass damit das damals vorhandene wissenschaftliche Wissen insgesamt gemeint war.

¹⁴ Bei vielen Ärzten, nicht aber bei den Professionalisten, stieß die Bewegung des ‚Scientific Management‘ eher auf Ablehnung, die sie mit vielen führenden, eher nicht zu den Professionalistinnen zählenden Pflegekräften teilten (s. Reverby 1989: 149). Allerdings ließ der anfängliche Enthusiasmus für diese Bewegung bei Pflegeführungskräften nach, als einige wie Isabel Stewart begannen, sich kritisch mit deren Konsequenzen für die Pflege auseinanderzusetzen, und sie feststellten, dass diese Vorstellungen nicht ihren ursprünglichen entsprachen (s. Boschma 1997: 169, Reverby 1989: 155ff).

wusste und geplante Pflege¹⁵. Sie haben Spuren in den an den Colleges und Universitäten entstandenen Ausbildungsgängen hinterlassen, wie das Beispiel der School of Nursing an der Yale Universität zeigt. Diese hatte von der Rockefeller Foundation Geld für einen Modellversuch erhalten, in dem zum einen der Inhalt des Pflegewissens untersucht wurde, zum anderen nach geeigneten Unterrichtsmethoden wie bspw. der ‚Fallstudie‘¹⁶ gesucht wurde, die den Anforderungen einer akademischen Ausbildung entsprachen. Mit den verschiedenen Methoden sollte Lernen durch reflektierte Erfahrung ermöglicht werden. Harmer (in Birnbach/Lewenson 1991: 53) bezieht sich auf John Dewey¹⁷ (1859-1952), Philosoph und Reformpädagoge. Dieser ging davon aus, „dass der Prozess des Lernens Teil einer aktiven Lösung eines sozialen Problems sein sollte, da dieses die beste Grundlage ist, dem Lernenden den sozialen Wert des Wissens zu veranschaulichen“. Er legte die Betonung auf die Interessen der Lernenden. Er forderte Methoden der aktiven Einbeziehung der Lernenden, Gruppenarbeit und Kooperation. Diese basierten auf der Vorstellung von der sozialen Aufgabe, die der Schule in einer industrialisierten Welt zukommt. Übertragen auf die Pflege orientierte sich der hier erprobte Ansatz der Fallmethode an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten, für den ein Pflegeprogramm (*program of nursing*) erstellt werden musste.

Mit der Einrichtung dieser Studiengänge wurde eine erste Basis für die Herausbildung des Gegenstandsbereichs der Pflege und der Pflegewissenschaft gelegt. Hierbei setzte sich bei den beteiligten Pflegekräften immer mehr die Idee durch, dass die **Pflege etwas von der Medizin Verschiedenes ist** und dass **beide Bereiche auf Kooperation** angewiesen sind. Erste Ansätze, den Gegenstandsbereich der Pflege von dem der Medizin zu differenzieren, sind erkennbar. So weist etwa Emily Covert vehement Flexners Behauptung zurück, wonach die Pflege weder eine originäre Verantwortung noch Letztverantwortung habe und wonach es der Arzt sei, der beobachtet, reflektiert und entscheidet, während die ausgebildete Pflegekraft ihren Verstand loyal seiner Theorie und Politik etc. unterordnet. Covert (1917: 108) behauptet, dass die Pflege kein Zweig der Medizin ist, auch wenn ihr Ursprung wie der der Medizin in der Heilkunst liegt. Sie versteht Pflege als eine angewandte Wissenschaft, die in Bezug auf eine sichere Praxis auf Theorien und Wissen angewiesen ist, die und das sie aus den verschiedenen Wissenschaften bezieht. Offenbar hatte die erwähnte Yale School of Nursing in dem eingeleiteten Differenzierungsprozess der Pflege von der Medizin eine Pionierrolle inne. Hier wurden die Gedanken führender Pflegekräfte, wonach der Pflegebedarf und die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft im Mittelpunkt der beruflichen Pflege stehen, konsequent aufgegriffen. Dies belegt auch der hier entwickelte methodische Ansatz der **Fallstudie**, mittels derer der Pflegebedarf des zu pflegenden Patienten festgestellt wurde. Dieser erste Ansatz einer systematisch am individuellen Patienten ausgerichtete Pflege wurde zugleich beforscht. Mit der Übertragung der Fallstudie als **Fallmethode** auf die Organisation der Pflege wurde darüber hinaus ein erster Ansatz für eine am Patienten orientierte, professionelle Arbeitsform vorgelegt, bei der den Pflegekräften bzw. Studierenden Patienten anstelle von Tätigkeiten zugewiesen wurden. Die Fallmethode stellte damit eine Alternative zur funktionalen Methode bzw. zur Funktionspflege dar (s. Mischo-Kelling 2003, 2007a). Weiter unterschied sich der in der Yale School of Nursing modellhaft erprobte pädagogische Ansatz John Deweys radikal von autoritären Ansätzen der Vermittlung von Wissen, Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Das in der Yale School of Nursing ange-

¹⁵ Die Vorstellungen zu einer ‚umfassenden Pflege‘ ließen sich offensichtlich eher im Bereich der Ausbildung umsetzen als im Krankenhaus. Hier hatte die Bezugnahme auf eine ‚umfassende Pflege‘ bei der Definition der einzigartigen und unabhängigen Fachkompetenz (Expertise) der Krankenhauspflege eine ideologische Funktion (s. Boschma 1997: 168).

¹⁶ Diese Methode hat offenbar eine gewisse Resonanz gefunden und die Entwicklung einer anderen Methode der Arbeitsorganisation nach sich gezogen. Hierbei handelt es sich um die Zuweisung von Patienten zu einzelnen Pflegekräften, d.h. um die sog. Fallmethode (case form of assignment) (s. Hodgkins in Birnbach/Lewenson 1991: 73ff; Mischo-Kelling 2003, 2007a).

¹⁷ Aufgrund eines fehlenden Hinweises kann nicht nachvollzogen werden, auf welches Werk bzw. Aufsatz von Dewey Harmer sich bezieht. Zu diesem Zeitpunkt waren folgende Bücher Deweys veröffentlicht: *How to Think* (1910/1997), *Democracy and Education* (1916), *Human Nature and Conduct* (1922). Im Jahr 1925, als Harmer ihren Aufsatz veröffentlichte, kam von Dewey das Buch *Experience and Nature* heraus. Nach Boschma et al. (2009: 2687) stimmte die Idee des ‚aktiven Lernens‘ von Dewey mit Harmers Vorstellungen überein.

strebte Erziehungsziel war eine selbstbewusste, die Praxis reflektierende Pflegekraft, die in der Lage ist, Probleme zu erkennen, kreativ zu lösen und den Wissensbestand in der Pflege weiterzuentwickeln¹⁸.

Diese frühen Studiengänge¹⁹ in der Pflege haben in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf ihre Weise zur Entwicklung eines ersten, wenngleich noch recht vagen Wissensbestands in der Pflege beigetragen. Mit Blick auf die weitere Entwicklung soll das Verständnis von Effie Taylor, der zweiten Dekanin der Yale School of Nursing, von der Pflege als Profession erwähnt werden:

„Its function is the conversation and restoration of health for the perpetuation of a happy and useful people. Essential knowledge is derived from the biological and social sciences in order that nurses may comprehend the significance of the underlying laws of life which are fundamental to the conservation of health. A nurse must possess a broad sense of justice in analyzing the problems inherent in her own life and in the lives of others, and she should have a loyal and deep sense of honor and integrity of purpose in dealing with human frailties and shortcomings“ (Taylor 1934 zitiert in Brooks/Kleine-Kracht 1983: 58).

Auf diesen Ideen baut die Definition von Pflege von Harmer/Henderson (1943) auf, die vielen Pflegekräften in der Welt über die vom ICN veröffentlichte Publikation von Henderson 1969/1977 (s. auch Kap. 2.1.2) zugänglich gemacht worden ist. Chinn/Kramer (2008: 34ff) weisen auf die Aktivitäten einiger führender Pflegekräfte hin, die sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht mit einer rein technischen Ausbildung abspeisen lassen wollten, sondern sich aktiv für eine Verbreiterung der Wissensbasis einsetzten. Neben den bereits erwähnten Persönlichkeiten wie Lillian Wald und Lavinia Dock nennen sie Margret Sanger, Susi Walking-Bear Yellowtail, Mabel Staupers und Ada Thoms. Sie alle setzten sich mit unterschiedlichen Schwerpunkten für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der von ihnen betreuten Patientengruppen ein. Die an der Entwicklung und Bestimmung des Gegenstandsbereichs der Pflege beteiligten Pflegekräfte haben die nachstehenden Begriffe, die ich als zentrale Leitbegriffe bezeichnen möchte, für die Pflege bestimmt:

- Gesundheit
- menschliches Leben bzw. Lebensprozesse
- Erfordernis/Bedarf des Menschen an Pflege
- Umwelt/Umgebung.

Mit der Benennung dieser Leitbegriffe waren wichtige Grundlagen geschaffen, um den Gegenstandsbereich von Pflege und Pflegewissenschaft im Sinne eines Koordinatensystems oder einer ‚kognitiven Landkarte‘ näher bestimmen zu können. Die Lehrenden der genannten Studiengänge orientierten sich bei ihren Bemühungen an den in anderen Disziplinen entwickelten wissenschaftlichen Methoden. Diese basierten vor allem auf den Methoden des ‚scientific managements‘ und auf den in der Tradition des amerikanischen Pragmatismus entwickelten Forschungsansätzen, die in der Yale School of Nursing aufgegriffen wurden. Weiter baute die entstehende Wissensbasis auf Erkenntnissen anderer Wissenschaftsdisziplinen wie Erziehungswissenschaften, Medizin, Psychiatrie und den Sozial- und Humanwissenschaften²⁰ auf (s. u.a. Baer 1990, Wald/Leonard 1964/1992, Strauss 1966/2001). Die anfängliche Verwissenschaftlichung von Teilfunktionen der pflegerischen Arbeit und die erst viel später einsetzende wissenschaftliche Qualifizierung der Pflegekräfte, brachten es mit sich, dass die wissen-

¹⁸ Patricia Donahue (1982) zeichnet den Einfluss John Deweys in den Schriften und Vorstellungen von Isabel Maitland Stewart nach, die an der Columbia Universität New York seine Studentin war.

¹⁹ Überwiegend verlief die Ausbildung jedoch anders. Christy (1980) behauptet, dass in der ersten Hälfte des 20. Jh. die Ausbildung durch Auszubildende erfolgte oder durch die Stationsleitungen, die allerdings hierzu häufig keine Zeit hatten.

²⁰ S. hierzu auch Wittneben (1995: 19ff). Die früh eingegangene Allianz mit den erziehungswissenschaftlichen Departments, mit der Bewegung der wissenschaftlichen Betriebsführung sowie der Home-Economic-Bewegung trug ebenfalls dazu bei, die genannte Wissenschaftsauffassung in die Pflege zu transportieren. Wie die Entwicklung zeigt, ist mit der Einrichtung von Studiengängen nicht automatisch die Verwissenschaftlichung der Pflege sichergestellt. Weiter legen die bisher vorliegenden historischen Untersuchungen und Arbeiten zur Wissenschaftsentwicklung der Pflege nahe, dass dieser Verlauf und die inhaltliche Ausrichtung der Pflegestudiengänge u.a. der institutionellen Ansiedlung geschuldet sind. Bis zum Zweiten Weltkrieg wurde die Akademisierung der Pflege von den Verbindungen geprägt, die die Pflege mit den verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Erziehungswissenschaft, (Krankenhaus-) Betriebswirtschaft oder dem wissenschaftlichen Management einging. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Pflege dann nachhaltig von den Sozial- und Geisteswissenschaften beeinflusst (s. Mischo-Kelling 1995a: 173ff).

schaftliche Fundierung und theoretische Durchdringung der Disziplin entsprechend später begann. Die seit den 1950er Jahren entstandenen pflegetheoretischen Ansätze knüpfen implizit und explizit an die von der ersten Generation der an den Hochschulen Lehrenden entwickelten Ideen an (s. auch Hamilton 1994).

Mit der nach dem Zweiten Weltkrieg verstärkt einsetzenden Verlagerung der Pflegeausbildung in das Hochschulsystem²¹ wurde die empirische und theoretische Begründung der Pflege unerlässlich. Die dem Konzept der professionellen Pflege anhängenden Pflegekräfte sahen sich mit der Aufgabe konfrontiert, ein theoretisches Begriffssystem der Pflege im weitesten Sinn zu entwickeln, zu artikulieren und wissenschaftlich zu überprüfen. Weiter galt es, die Wissensbasis der Pflege von der Medizin und von anderen Disziplinen (Erziehungswissenschaften etc.) zu lösen und die Eigenständigkeit der Pflege auch in theoretischer Hinsicht unter Beweis zu stellen. Dies war nicht nur notwendig, um einem der wichtigsten Merkmale einer Profession gerecht zu werden, nämlich dem der Entwicklung eines auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Wissensstocks (body of knowledge), sondern auch um den von ihnen behaupteten Zuständigkeitsbereich der Pflege erfolgreich durchsetzen zu können. Daher kann es nicht verwundern, dass die ersten theoretischen Entwürfe in der Pflege seit den 1950er Jahren in engem Zusammenhang mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung von Pflegestudiengängen stehen²². Diese Studiengänge bilden den Entstehungszusammenhang und den primären Verwendungszusammenhang der Pflege Theorien (s. Habermas 1972), vornehmlich den der Lehre. Bei ihren Bemühungen, die Pflege theoretisch zu begründen, griffen diese Frauen²³ wie ihre Vorgängerinnen auch, auf das vorhandene Wissen verschiedener Disziplinen zurück, in deren Mittelpunkt der Mensch steht. Dabei sahen sie sich vor die Frage gestellt, welcher Wissenschaftsdisziplin oder welchem wissenschaftlichen Paradigma bzw. Wissenschaftsverständnis die Pflege zuzuordnen sei. Dies setzte eine Debatte in Gang, die bis heute andauert und überall dort, wo die Pflege als wissenschaftliche Disziplin etabliert werden soll, neu aufflammt²⁴ (s. Mischo-Kelling 1995a, Schaeffer et al. 1997, Görres/Friesacher 2005).

²¹ Sie setzt in den USA in den 1950er Jahren ein und ist bis heute noch nicht abgeschlossen. Dies führt zu unterschiedlichen akademischen Abschlüssen, die alle nach erfolgter Prüfung und Registrierung als RN zur Berufsbefähigung/-erlaubnis führen. Fitzpatrick (1977: 284f) stellt rückblickend fest, dass nach dem Zweiten Weltkrieg weder die organisierten, noch die praktizierenden Pflegekräfte oder die Ärzte für eine grundlegende Ausbildungsreform bereit waren. In der Folge kristallisierten sich zwei Arten von Pflegekräften heraus: zweijährig technisch am Junior College ausgebildete Pflegekräfte und professionell ausgebildete Pflegekräfte an Senior Colleges. Dies führte zu sehr viel Verwirrung und zu ‚feindlichen Beziehungen‘ zwischen Pflegekräften mit und ohne akademischem Abschluss. Grundsätzlich unterscheidet sich die akademische Ausbildung in der Pflege in den USA auf der Undergraduate-Ebene von der europäischen Ausbildung durch das Angebot von zwei grundverschiedenen akademischen Bildungsgängen. Hierbei handelt es sich um die zweijährigen Associate Degree-Programme (ADN), die an Community Colleges angeboten werden, und um die vierjährigen Bachelorstudiengänge (BNS) an Colleges oder Universitäten. Daneben existiert nach wie vor die dreijährige nicht-akademische Ausbildung (mit Diplom) an Krankenhäusern.

²² Hierbei handelt es sich sowohl um Studiengänge, die mit dem ersten akademischen Grad abschließen, als auch um Master- und Promotionsstudiengänge.

²³ Anders als in anderen, in der Regel von Männern dominierten Wissenschaftsdisziplinen ist die Theorie- und Wissenschaftsentwicklung in der Pflege von Frauen vorangetrieben worden. Der Wunsch nach Anerkennung in einem männlich dominierten Wissenschaftsbetrieb könnte auch eine Erklärung für den in der Pflegewissenschaft lange vorherrschenden Hang sein, sich an einen am Mainstream orientierten Wissenschaftsverständnis, den des logischen Positivismus, anzulehnen. Dieses entspricht in gewisser Hinsicht der Fortsetzung des in der Pflegepraxis eingeübten subordinate-superdominate Verhaltensmusters auf einer anderen Ebene bzw. in einem anderen Handlungszusammenhang, dem der Wissenschaft, innerhalb derer den Wissensprodukten von Frauen laut Cash (1997) nicht die gleiche Bedeutung beigemessen wird.

²⁴ Bei dieser Auseinandersetzung geht es um den Streit, ob die Pflege mehr den Naturwissenschaften oder mehr den Sozial-, Human- und Geisteswissenschaften zuzuordnen ist. Für das Verständnis der Entwicklung der Pflegewissenschaft ist ferner von Bedeutung, dass die Entwicklung der Wissenschaften in den USA nach anderen Mustern als in Europa und hier insbesondere in Deutschland verlaufen ist. Sie war anderen gesellschaftlichen, politischen und institutionellen Bedingungen ausgesetzt, wie sich am Beispiel der Medizin (s. Shyrock 1940, Ackerknecht 1989), der Soziologie (s. Jonas 1981) und der Psychologie (s. Lück 1991) aufzeigen lässt. Meleis (1997a/1997b) beschreibt die Entwicklung der Herausbildung eines Wissensstocks in der Pflege als eine Abfolge von Phasen, die sie als Praxis-, Ausbildungs-, Forschungs- und Theoriephase bezeichnet. In der 4. Auflage ihres Buches von 2007 differenziert sie folgende Phasen: Praxis, Ausbildung und Leitung/Führung, Forschung, Theorie, Philosophie, Integration und die Phase der Interdisziplinarität (s. Meleis 2007: 78ff).

Im Zuge der Entwicklung dieses Wissensstocks bzw. Wissenssystems und der Systematisierung des Pflegewissens kommt Begriffen wie ‚concept‘, ‚model‘, ‚conceptual framework‘, ‚theory‘, ‚philosophy‘, ‚paradigm‘, ‚worldviews‘ u.a.m. eine immer wichtigere Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang werden auch die zuvor genannten Leitbegriffe als zentrale Konzepte des sogenannten ‚Metaparadigm of Nursing‘²⁵ neu gedeutet. In der Auseinandersetzung geht es weniger um die Idee des Metaparadigmas als solches, sondern um die Definition der Konzepte und die Anzahl derselben (s. z.B. Fawcett 1989, 2005, Meleis 1997a, b, 2007; Parker 2001, Risjord 2010). Die Klassifizierung, wonach die schriftlich fixierten Vorstellungen von Pflege bei einigen Autorinnen als konzeptueller Bezugsrahmen, Theorie oder gar Philosophie bezeichnet werden, erscheinen manchmal willkürlich. Während Florence Nightingale allgemein als erste Pflege-theoretikerin angesehen wird, tauchen andere Vorstellungen und Konzeptionen von Pflege wie etwa die Arbeit von Bertha Harmer (1922, 1936) oder von Lillian Wald in der pflegetheoretischen Diskussion kaum auf oder werden, wie am Umgang mit Hendersons Schriften gezeigt werden kann, höchst unterschiedlich behandelt (s. z.B. Yura/Walsh 1988; Meleis 1997a, b, 2007, Fawcett 2005, Parker 2001). Ungeachtet dessen leitete Hildegard Peplau mit ihrem 1952 erschienenen Buch ‚*Interpersonal Relations in Nursing*‘ einen Wandel ein, indem sie der Pflege zu einer Transformation von „a ‚science of doing‘ to a ‚science of knowing‘ by reestablishing creative links between theory and research“ (Reed 1995: 73) verhalf²⁶. Die Arbeit von Peplau als einer der hier interessierenden pflegetheoretischen Ansätze²⁷ ist zu einem Zeitpunkt entstanden, als der Begriff ‚nursing science‘ in der öffentlichen Diskussion noch nicht präsent war (s. Carper 1978/1992: 216), im Gegensatz etwa zu der Vorstellung, dass die Pflege eines wissenschaftlich abgesicherten Wissenssystems bedarf, um den Status einer Profession zu erlangen (s. auch Risjord 2010). Im Zuge der Auseinandersetzung über das Wissenssystem²⁸ erfolgte eine Konkretisierung der Vorstellungen von der Pflege als einer wissenschaftlichen Disziplin und davon, wie Theorien entwickelt werden können und mittels welcher Methoden die Gewinnung von Erkenntnissen möglich ist. Frühe Zeugnisse einer sich herausbildenden Pflegewissenschaft sind die in der Zeitschrift ‚Nursing research‘ veröffentlichten Artikel.

Auf die weiteren Entwicklungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts soll an dieser Stelle nur kursorisch eingegangen werden. Zu erwähnen sind der Vorschlag von Wald/Leonard (1964/1992: 22ff)²⁹ aus den 1960er Jahren. Hiernach sollen an die Stelle der bloßen Übertragung von Erkenntnissen und Prinzipien der Grundlagenwissenschaften auf die Pflege pflegerische Erkenntnisse aus klinischen Situationen treten, d.h. es sollen Konzepte aus der Analyse der pflegerischen Praxis entwickelt werden. In die gleiche Richtung zielten die Vorschläge

²⁵ Die Diskussion um das Metaparadigma der Pflege ist widersprüchlich: Die zuerst erkannten Hauptkonzepte waren: Mensch, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege (nursing): Fawcett ersetzte den Begriff Mensch durch Person/Individuum und Gesellschaft durch den Begriff Umwelt (s. Silverstein 2003: 58). Fawcett versucht, das Pflegewissen hierarchisch innerhalb dieses Metaparadigmas zu ordnen, wobei die Leitbegriffe die abstraktesten Konzepte bzw. Themen der Pflege als wissenschaftliche Disziplin sind. Sie fungieren als Klammer, die die Disziplin zusammenhält und unter deren Schirm sich unterschiedliche Paradigmen etc. vereinen können (s. Risjord 2010: 100). Die von amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen geführte Diskussion um das Metaparadigma der Pflege ist in der jungen deutschen Pflegewissenschaft recht kritisch aufgegriffen worden (s. bspw. Friesacher/Rux-Haase 1998, Hallersleben 2001, Brandenburg/ Dorschner 2003). Im deutschsprachigen Raum hat Andrea Zielke-Nadkarni (2005) den Versuch unternommen, ein Netzwerk der Grundelemente der Pflegewissenschaft zu erarbeiten, das verschiedene pflegewissenschaftlich relevante Erkenntnis- und Handlungsebenen beschreibt. In diesem Zusammenhang setzt sie sich mit den Ideen Fawcetts auseinander.

²⁶ Nach Yura/Walsh (1988:44) drängte Peplau mit diesem Text die traditionellen Grenzen der Pflege zurück. Laut Sills/Beeber (1995: 37f) begründete Peplaus Ansatz eine Neustrukturierung der Pflegepraxis. Er stellte eine Abkehr von technischen, problemorientierten Modellen der Pflegepraxis zu einem prozessorientierten, evolutionären Modell dar. Er leitete einen Paradigmawechsel ein (s. auch Silverstein 2003).

²⁷ Die in den 1970er Jahren geführte Diskussion um das Wissenschaftsverständnis hinterlässt deutliche Spuren in den Arbeiten von Sister Callista Roy und Imogene King.

²⁸ Nach Risjord (2010: 15) kristallisierten sich Ende der 1950er Jahre und im Laufe der 1960er Jahre zwei differierende Wissenschaftsverständnisse und damit korrespondierende Vorstellungen des Verhältnisses zwischen der Pflegewissenschaft als Disziplin und der Pflegepraxis heraus. In der einen Vorstellung wurde diese Beziehung so gesehen, dass die Pflegewissenschaft die Praxis steuern und leiten sollte, wohingegen in der Vorstellung der sogenannten Praxistheoretikerinnen umgekehrt die Praxis die Disziplin leiten sollte.

²⁹ Einen solchen Ansatz hatten die ersten LehrerInnen der School of Nursing an der Yale Universität vorgeschlagen, und er ist konsequent von Hildegard Peplau befolgt worden.

von James Dickhoff³⁰ (seinerzeit Dozent der Philosophie an der Yale Universität), Patricia James (ebenfalls Dozentin für Philosophie an der Yale Universität) und Ernestine Wiedenbach (emeritierte Associate Professorin für Pflege, Yale University) hinsichtlich der Beschaffenheit von Theorien für die Pflege als einer praktischen bzw. handlungsorientierten Disziplin. Mit Blick auf die pflegerische Praxis schlugen sie die Entwicklung von *Situationen erzeugenden Theorien* im Sinne idealtypischer Handlungstheorien³¹ vor (s. Dickhoff/James/Wiedenbach 1968/1992 a, b, Risjord 2010). An diese Ideen knüpft insbesondere Afaf I. Meleis (2007) an.

Für die in dieser Arbeit beabsichtigte handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells ist ein weiterer Entwicklungsschritt in der Pflegewissenschaft von Bedeutung. Dieser wird durch Barbara Carpers (1978/1992) Artikel über vier grundlegende Wissensformen in der Pflege ausgelöst und ist mit dem allmählich einsetzenden Perspektivenwechsel von einer epistemologischen zu einer ontologischen Fragestellung verbunden (s. Silva/ Sorrell/ Sorrell 1995: 11f). Die von Carper³² (1978/1992) ermittelten vier Wissensformen bzw. –muster in der Pflege bezeichnete sie entsprechend deren logischer Bedeutung als *empirisches* Wissen (die Wissenschaft von der Pflege), als *ästhetisches* Wissen (die Kunst der Pflege im Sinne einer formgebenden, handlungsleitenden Kategorie), als *personales* Wissen (das persönliche Erfahrungswissen, z.B. die Fähigkeit zum therapeutischen Gebrauch des Selbst) und als *ethisches* Wissen. Auch wenn keine der genannten Wissensformen die Pflege allein begründen kann, sind alle vier Wissensformen für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Chinn/Kramer (2008) bauen auf Carpers Wissensformen³³ auf, indem sie diese um die für die Praxisentwicklung wichtige Wissensform des *emanzipatorischen Wissens* ergänzen. Diese Wissensform entsteht aus der kritischen Reflexion des Sta-

³⁰ Sowohl unter wissenschaftshistorischen als auch unter wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten wäre es interessant zu untersuchen, welchen Einfluss diese Artikelserie auf die Entwicklung der Pflegewissenschaft hatte. Eine solche Untersuchung steht meines Wissens noch aus. Sie ist notwendig, da der von Dickhoff/James/Wiedenbach vorgeschlagene Ansatz mit einem bestimmten Wissenschaftsverständnis, dem des logischen Empirismus, in Verbindung gebracht wird (s. Silva/Rothbart 1984: 7). Diese Zuordnung ist m. E. nicht richtig, folgt man der von James/Dickhoff (1968/1992: 109ff) selbst gegebenen Information über ihren theoretischen Hintergrund. Nach Silverstein (2003: 33) erzürnten die Äußerungen von Dickhoff/James die damaligen Pflegewissenschaftlerinnen, sie scheinen zugleich aber auch Denkanstöße gegeben zu haben. Eine interessante Sicht zu dieser Debatte liefert die Arbeit von Mark Risjord (2010), der als Philosoph seit 1999 im PhD Programm der Nell Hodgson Woodruff School of Nursing Wissenschaftsphilosophie und Theorieentwicklung lehrt und sich in der Folge den Entwicklungen in der Pflegewissenschaft aus einer wissenschaftstheoretischen Perspektive genähert hat.

³¹ Dickhoff et al. (1968/1992) warnen ausdrücklich vor dem Missverständnis, dass Pflegewissenschaft lediglich angewandte Biologie, Psychologie etc. sei. Die in diesen Disziplinen entwickelten Theorien können Bausteine für das Gebäude einer Pflgetheorie liefern. Die Aufgabe der Pflegewissenschaft besteht darin, diese auf intelligente Art und mit Blick auf pflegerische Aufgaben in Pflgetheorien zu integrieren. Nach Risjord (2010: 16ff) waren die Vorstellungen von Dickhoff und James für die damalige Zeit geradezu revolutionär. Ihre Situationen erzeugenden Theorien beinhalteten in einer Zeit, in der Wissenschaft als ein wertfreies Unternehmen postuliert wurde, explizit eine Wertkomponente, insofern jene sich auf die Praxis der Pflege beziehen und ein Ziel der Pflgetheorie im Ermöglichen von Veränderungen (change) besteht.

³² Silva/Sorell/Sorell sehen einen zentralen Beitrag von Carpers Artikel darin, dass die vier Wissensformen vielen Pflegekräften halfen, sich aus einengenden Denkmustern zu befreien. Er erlaubte ihnen, ihre verlorene und latente Kreativität wertzuschätzen und zu behaupten. Der damit verbundene Perspektivenwechsel führte zu einem Abrücken von medizinischen und anderen theoretischen Perspektiven hin zu pflegerischen Perspektiven in ihrer Reichhaltigkeit und Vielfalt. Nach Silverstein (2003: 56) erweiterte Carper mit ihren vier Wissensformen die Idee von Dickhoff/James, die Praxis als Ausgangspunkt der Wissensentwicklung zu nehmen. [...] Um die Kreativität (de Groot in Silverstein 2003: 59) in der Pflege entfalten zu können (wissenschaftliche Produktivität) muss auf Konformität im Bereich der wissenschaftlichen Untersuchungen verzichtet werden. Stattdessen sollte ein methodologischer Relativismus akzeptiert werden, und es sollte zum Individualismus in der Pflegeforschung zurückgekehrt werden. Auf diese Weise könnte die Fähigkeit, Theorien auf allen Ebenen zu formulieren, gefördert werden.

³³ An die verschiedenen Wissensformen wird im Ansatz der Praxisentwicklung angeknüpft. Hier wird ganz allgemein zwischen einem propositionalem Wissen (posteriori [induktiv]; a priori [deduktiv]), das aus Theorien und Forschung generiert wird sowie einem persönlichen, aus Erfahrung abgeleiteten Wissen und einem, über professionelle Erfahrungen entstehenden professionellen Handwerkswissen, unterschieden (s. Higgs/Andresen 2001:10ff). Angie Titchen und Steven Ersser (2001: 36) kritisieren in Bezug auf die von ihnen gebrauchte Metapher des ‚professionellen Handwerkswissens‘ die von Carper beschriebenen Wissensformen/-muster, da diese Formen künstliche und starre Grenzen um das Wissen bilde und die praktische Erfahrung unterbewerte. Sie beschreiben mit Blick auf das professionelle Handwerkswissen acht erkenntnistheoretische Konzepte. Diese sind: praktisches Wissen, knowing-in-practice, erfahrungsbezogenes Wissen, ästhetisches Wissen, intuitives Wissen, ethische/moralisches Wissen, verkörpertes Wissen (embodied knowledge) und persönliches Wissen (Titchen/Ersser 2001: 37ff). Heiner Friesacher (2008: 199ff) greift in seiner Dissertation die Diskussion über die verschiedenen ‚Wissensmuster‘ in der Pflege auf und setzt sich kritisch mit dem ästhetischen Wissen auseinander und verweist hier auf eine Arbeit von LeVasseur (1999), die ihrerseits an John Dewey anknüpft.

tus quo und einer Vision bezüglich der erforderlichen Veränderungen, damit alle Menschen vollen Gebrauch von ihren Potenzialen machen können. Sie findet ihre Ausdrucksform im menschlichen Handeln und ist insofern mit der Praxis und den hier erforderlichen Veränderungen aufs engste verwoben. Auch von dieser Wissensform finden sich Spuren in der frühen Geschichte der Pflege. Ihr kommt für die Transformation der Pflegepraxis eine hohe Bedeutung zu.

Bis weit in die 1970er Jahre ist die Theorieentwicklung in der Pflege stark vom logischen Empirismus beeinflusst (s. Silva/Rothbart 1984: 7ff). Dieses Wissenschaftsverständnis spiegelt sich in der Durchsetzung und Akzeptanz quantitativer Forschungsmethoden in der Pflegeforschung ebenso wider wie in der metatheoretischen Diskussion über Pflege-theorien, über Theorieentwicklung einschließlich der empirischen Überprüfung von Theorien³⁴. Letztere Diskussion setzt nach dem Vorliegen erster Theorieentwürfe zeitgleich mit dem Erscheinen einer zweiten Generation von Theorieentwürfen in der Pflege ein (s. Silva/Rothbart (1984: 9). Das Übergewicht der metatheoretischen Bewegung in der theoretischen Fachdiskussion seit den 1970er Jahren mag dazu beigetragen haben, dass ein anderes Wissenschaftsverständnis, welches in der Tradition des amerikanischen Pragmatismus (s. Kap. 3.) und des symbolischen Interaktionismus steht, zunächst in den Hintergrund gedrängt worden ist. Auch dieses Wissenschaftsverständnis hat sich in der Pflege von Anfang an niedergeschlagen (s. die frühen Arbeiten der Yale School und die Arbeiten von Anselm Strauss und MitarbeiterInnen, die frühen Arbeiten von Jeanne Quint Benoliel 1977/1992³⁵ aus den 1960er Jahren, Corbin 2008).

Die Rezeption der Arbeiten von Thomas Kuhn, insbesondere sein Buch *‘The Structure of Scientific Revolutions’* sowie die Arbeiten von Larry Laudan und Stephen Toulmin führten Mitte der 1970er Jahre zu einer neuen Betrachtung der Wissensgenerierung und von Wissenschaftsdisziplinen. Im Mittelpunkt standen nicht mehr das Produkt von Wissenschaft, sondern der Prozess und die Revolution (s. Silva / Rothbart 1984: 9). In den 1990er Jahren zeichnete sich eine Öffnung der Pflegewissenschaft ab, indem die Erkenntnis um sich griff, dass die Wissensgenerierung innerhalb einer Disziplin von unterschiedlichen philosophischen und wissenschaftlichen Verständnissen aus erfolgen kann (s. z.B. Newmann/Sime/ Corcoran-Perry 1991: 2). Es kam erneut zu einer intensiven und kritischen Auseinandersetzung mit den in der metatheoretischen Diskussion als zentral erachteten Konzepten ‚Mensch, Umwelt, Pflege und Gesundheit‘, die inzwischen als „zu restriktiv“ erachtet wurden (s. Thorne et al. 1998, George 2002: 4, Parker 2001:5f, Fawcett 2005). Sie wurden im Zuge der Offenheit für verschiedene wissenschaftliche Richtungen und methodologische Ansätze um weitere Konzepte ergänzt. Eines dieser zum ‚metaparadigm‘ zählenden Konzepte ist das ‚caring‘. Einige Autoren gehen soweit zu behaupten, dass das ‚caring‘ der Kern und zugleich das Wesen der Pflege sei (s. kritisch hierzu Morse et al. 1990, Bottorff 1991, Thorne et al. 1998, Stockdale/Warelow 2000, Cloyes 2002). Die Diskussion des Konzepts ‚caring‘³⁶ leitete eine erneute Positionsbestimmung in der Pflegewissenschaft ein. Hierbei ging es um die Klärung des Verhältnisses zwischen Disziplin und Wissenschaft und um die Klärung der Frage, ob die Pflegewissenschaft eine Grundlagenwissenschaft ist, eine angewandte, oder eine ‚practical science‘, d.h. ob sie eine Handlungswissenschaft ist. Das Pendel

³⁴ Hardy wird von Silva/Rothbart (1984: 9) als eine der prononciertesten Vertreterinnen des logischen Empirismus betrachtet. Risjord (2010) untersucht die Folgen dieses Wissenschaftsverständnisses anhand der sich zwischen Theorie und Praxis auftuenden Kluft, die er als ‚relevance gap‘ bezeichnet.

³⁵ Jean Quint Benoliel (1977/1992: 623) beschreibt, wie ihre Karriere in der Forschung durch ihre Beobachtungen in der Pflege beeinflusst wurde. So löste die Beobachtung der Verhaltensweisen von Patienten nach einem den Körper verunstaltenden chirurgischen Eingriff Fragen bei ihr aus, ob Pflegekräfte wirklich Kenntnis über die emotionalen Erfordernisse von Menschen haben, die mit den Folgen eines solchen Eingriffs leben müssen, ungeachtet der in den 1970er Jahren in der Pflege vorherrschenden Rhetorik, dass es wichtig sei, auf die emotionalen Bedürfnisse der Patienten einzugehen.

³⁶ Siehe z.B. die Arbeiten von Benner 1984, Benner/Wrubel 1989; Benner/Tanner/Chesla 1996 oder die Arbeiten von Watson 1988, 2002, Locsin 2005).

zeigte mehr in Richtung Handlungswissenschaft (s. Bottorff 1991, Johnson 1994³⁷). Zeitgleich kam es zu einer Wiederentdeckung und intensiven Auseinandersetzung mit frühen pflegetheoretischen Ansätzen.

Die Positionsbestimmung der Pflegewissenschaft in den 1990er Jahren war geprägt durch eine kritische Auseinandersetzung mit der Rezeption von Wissenschaftstraditionen, mit der ‚philosophy of science‘ (Wissenschaftstheorie), den damit einhergehenden Annahmen zum Gegenstandsbereich, den damit assoziierten Methoden, mit den Grenzen und Möglichkeiten einer Wissenschaftsdisziplin. Silva/Sorrell/Sorrell (1995: 11f) plädierten für eine kritische Untersuchung und Weiterentwicklung der von Carper (1978) identifizierten Wissensformen. Auch dies ist ein Hinweis auf den in der Pflegewissenschaft stattfindenden Perspektivenwechsel. Pflegewissenschaftlerinnen öffneten sich laut Reed (1995: 73f) den von Charles Pierce beschriebenen Formen der Argumentation (des logischen Denkens), der Abduktion, Deduktion und Induktion, ohne dabei den Prozess zu fragmentieren, da alle Formen eine wichtige Rolle bei der Wissensgenerierung spielen. Neben der Pflegewissenschaft kristallisiert sich in den 1990er Jahren zunehmend eine Philosophie der Pflege heraus. Ende der 1990er Jahre und am Anfang des 21. Jahrhunderts befinden sich die Pflege und die Pflegewissenschaft in einem fundamentalen Wandel, dessen Ausgang offen ist. Die Pflegewissenschaft hat sich bezüglich ihres Wissenschaftsverständnisses und der Möglichkeiten der Wissensgenerierung von einengenden Vorstellungen gelöst. Gegenwärtig kreist die Theoriediskussion in den USA und in anderen Ländern erneut um das Verhältnis von Theorie und Praxis³⁸, Theorie, Forschung und Praxis sowie um Wissensproduktion und um Wissensformen³⁹. In diesem Zusammenhang entdecken einige Pflegewissenschaftlerinnen das Potenzial des amerikanischen Pragmatismus (s. Reed⁴⁰ 1996, 2006, 2008; Reed/Lawrence 2008, Sullivan-Marx 2006).

Ein anderes in der pflegewissenschaftlichen und -theoretischen Diskussion virulentes Thema betrifft die Nutzung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und von Pflgetheorien, sei es im Studium oder in der Praxis. Dieses Thema wird u.a. als ein Vermittlungs-, Transfer- und Relevanzproblem gedeutet. Bemerkenswert ist, dass bisher nicht nur wenige Kenntnisse zum Einfluss von Pflgetheorien auf die konkrete Pflegepraxis⁴¹ vorliegen, sondern auch wenige Vorstellungen dazu, wie die Pflegepraxis auf der Basis von pflegetheoretischen Ansätzen entwickelt werden kann. Algase et al. (2001) kommen aufgrund einer informellen Befragung in Bezug auf die Vermittlung von Pflgetheorien in Studiengängen von Midwestern Nursing Schools in den USA zu dem Ergebnis, dass auf der Bachelorebene Pflgetheorien nur von 1/3 der befragten Schulen im Lehrprogramm angeboten und

³⁷ Joy J. Johnson (1994) diskutiert mit Blick auf ihr Verständnis der Pflege als einer ‚practical discipline‘ die in der Pflege vorhandenen und artikulierten Vorstellungen von Pflege als Kunst. Sie unterscheidet insgesamt fünf Bedeutungen der Pflege als Kunst im Sinne der Fähigkeit einer Pflegekraft, (1) den Sinn in den Begegnungen (encounter) mit Patienten zu verstehen, (2) eine sinnvolle Beziehung mit Patienten aufzubauen, (3) pflegerisches Handeln fachgerecht auszuführen, (4) den Verlauf des Pflegehandelns rational zu bestimmen und (5) in der Fähigkeit einer Pflegekraft zu einer moralisch geleiteten Pflegepraxis. Hier scheinen wieder die o.g. Wissensformen von Carper durch.

³⁸ Diese Diskussion setzt in den 1980er Jahren ebenfalls in anderen Ländern ein, wie erste Veröffentlichungen hierzu zeigen. Für das UK sind beispielhaft die Arbeiten von Miller (1985), Rolfe (1997) zu nennen oder für Kanada Kristjanson/Tamblyn/Kuypers (1987). Sie hat in den letzten Jahren im Zuge der Diskussion einer evidenzbasierten Pflege bzw. Praxis erneut einen Aufschwung genommen (s. u.a. die Artikel im Sammelband von Cody (2006)).

³⁹ Weitere Arbeiten, die sich neben den schon erwähnten Büchern mit dem Thema Pflgetheorien und dem Verhältnis von Pflgetheorie und Pflegepraxis befassen sind u.a. der Sammelband von Sally E. Thorne & Virginia E. Hayes (1997), die Themenhefte der wissenschaftlichen Fachzeitschrift *Advances in Nursing Science (ANS) Theory and Practice* (2005) und *Theory, Evidence, and Practice* (2008)

⁴⁰ Sie greift bei ihrem Verständnis von Theorie und Praxis auf pragmatistische Ideen zurück, z.B. Peirce (Abduktion) und Dewey (Nature and Knowledge).

⁴¹ Die Einschätzung dieser Situation ist in der Literatur widersprüchlich. Es gibt sowohl Hinweise auf die Nutzung pflegetheoretischer Ansätze als auch auf deren Nichtnutzung. So beschreibt Wendy Woodward (2003), wie ein pflegetheoretisches Modell zur Strukturierung des Curriculums an der Humboldt State University, Arcata, California, und während des dreijährigen Studiums vermittelt wird und während der klinischen Einsätze zur Anwendung gelangt. Sie problematisiert, dass pflegetheoretische Ansätze eher als abstrakter Bildungsinhalt vermittelt werden, als dass die Anwendung einer solchen Perspektive auf pflegerische Phänomene untersucht würde mit der Folge, dass die Anwendbarkeit nicht vermittelt wird. Dorothee Buckley-Viertel (2001) hingegen kommt bei ihrem Vergleich der Situation USA/Deutschland zu einer positiven Einschätzung.

vermittelt werden. Das Bild ändert sich auf der Ebene der Graduate- und Promotionsstudiengänge. Fawcett (2006: 275)⁴² bemängelt, dass Pflegende sich im Studium statt auf Pflege-theorien nach wie vor stark auf das Wissen anderer Disziplinen stützen, d.h. auf medizinisches Wissen und auf bruchstückhaftes Wissen der Psychologie und anderer Humanwissenschaften. Eine Folge sei, dass Pflegende sich schwer tun, anderen gegenüber zu artikulieren was Pflege ist. Dieses wiederum führe dazu, dass sie sich unsichtbar und unterbewertet fühlen. Auch bei der Theorieentwicklung stütze sich die Pflege stark auf Theorien anderer Disziplinen. Es stelle sich die Frage, warum die Pflege das Pflege-wissen ignoriert. Eine ähnlich lautende Kritik äußert Peggy Chinn (2007: 95), wonach sich viele Undergraduate-Programme in der Pflege und auch Programme auf der Masterebene in ihrer inhaltlichen Ausrichtungen mehr an medizinischen Inhalten zu orientieren scheinen. Weiter könne bei den Masterprogrammen eine Tendenz beobachtet werden, Inhalte in Bezug auf Pflege-theorien und Pflegeforschung aus dem Programm zu streichen. Bezogen auf die Praxis behauptet Birk (2007: 144), dass pflege-theoretische Konzepte vielen Pflegekräften im Krankenhaus eher unbekannt sind. Sie führt diese Situation auf unterschiedliche Bildungsniveaus zurück. So haben ca. 60 % der Pflegekräfte im Krankenhaus einen ‚associate degree‘ und damit eine Bildung genossen, die primär auf die Vermittlung von technischen Fertigkeiten statt auf theoretische Konzepte ausgerichtet ist. In eine ähnliche Richtung argumentieren Reed/Lawrence (2008: 423f). Sie sprechen von der Marginalisierung des Pflege-wissens. Dieses führen sie auf die Bildungsstrukturen in den USA und auf die Praxissettings zurück, die einer aktiven Nutzung des vorhandenen Wissens und einer aktiven Produktion von Wissen nicht immer förderlich seien. Diese Situation führe in der Folge zum Phänomen des ‚Black-boxing‘ des Wissens der Pflegekräfte. Ihr Wissen wird unsichtbar gemacht, unzureichend verstanden und nicht wertgeschätzt. Paradoxerweise gilt dieses unsichtbare Wissen als glaubwürdig, das Verständnis desselben oder dessen Ersatz jedoch als arbeitsintensiv (Reed/Lawrence 2008: 424). Pflegerisches Wissen wird zu etwas Selbstverständlichem, das nicht eigens entdeckt und entwickelt werden muss⁴³. Auch Janet Graham (2006) konstatiert, dass das Wort ‚Pflege-theorie‘ in der Pflegepraxis unter Pflegekräften nach wie vor ein eher selten zu hörendes Wort ist. Sie glaubt, dass dies damit zusammenhängt, dass die Vermittlung von Pflege-theorien und die Vermittlung pflegerischer Kompetenzen von unterschiedlichen Personenkreisen wahrgenommen werden. Eine Folge ist, dass das in den Pflege-theorien steckende Potenzial von den Pflegekräften nicht erkannt wird. Weiter wird verkannt, dass es beim Transfer pflege-theoretischer Ansätze um den Erwerb und um die Aneignung neuen Wissens und um das Verlernen alter Modelle geht (s. Wimpenny 2002, Eraut 2003). Geraldine Macdonald (2002) spricht von der heute bestehenden Notwendigkeit des beständigen ‚unlearning‘ (Verlernens). Es liegt auf der Hand, dass dieser Prozess maßgeblich das berufliche Selbst und Selbstkonzept tangiert. Damit Pflege-theorien als Instrumente der Wissensentwicklung und zur aktiven Gestaltung der Pflegepraxis begriffen werden können, bedarf es eines erweiterten Theorieverständnisses, in dem Theorie und Praxis nicht als Gegensätze, sondern als sich wechselseitig durchdringende Phänomene begriffen werden. Ein solches Theorieverständnis wird von den Vertreterinnen des ‚practice-based knowledge‘-Paradigma vertreten (s. Reed/Lawrence 2008: 425ff), das diverse Bezüge zum

⁴² Fawcett (2005) greift Ideen von Martha E. Rogers, einer kanadischen Pflegewissenschaftlerin auf, wonach die ‚meaning perspectives‘ vieler Pflegekräfte eher von einem medizinischen oder einem institutionellen Modell abgeleitet zu sein scheint als von einem pflegerischen. Wenn es darum geht, pflege-theoretische Ansätze in die Praxis einzuführen, erfordert dies nicht nur den Erwerb neuen Wissens, sondern eine grundlegende Transformation der bisherigen ‚meaning perspective‘. Diesen in mehreren Phasen ablaufenden Vorgang bezeichnet Rogers (1989: 113) in Anlehnung an Mezirow als ‚perspective transformation‘. Diese Vorstellungen macht sich Fawcett (2005: 42ff) zunutze in dem von ihr mit Blick auf den Transfer pflege-theoretischer Ansätze entwickelten Conceptual-Theoretical-Empirical (C-T-E) Based Nursing System‘. Hier verbindet sie das Wissenssystem der Pflege als wissenschaftlicher Disziplin mit der Pflegepraxis. Pflege-theoretische Ansätze stellen für Fawcett formale, explizite Repräsentationen eines ‚Images of Pflege‘ dar anstelle eines impliziten ‚privaten Images of Pflege‘. Bei dem mittels der ‚Perspective Transformation‘ gezielt angestrebten Wandels von einem individuellen impliziten Bezugsrahmen einzelner Pflegekräfte hin zu einem expliziten, offiziellen pflege-theoretischen Bezugsrahmen in einer Organisation werden neun Phasen durchlaufen: Stabilität, Dissonanz, Konfusion, Dissonanz, Verweilen in Unsicherheit, Durchdringung/Sättigung, Synthese, Lösung, Rekonzeptualisierung und Rückkehr zur Stabilität.

⁴³ Reed/Lawrence (2008: 426) behaupten, dass das 21. Jh. und postmoderne Perspektiven ein neues Denken in Bezug auf Theorien in Gang gesetzt haben. „Rigide Anwendung und Konservierung von Pflege-theorien haben die Wertschätzung von Pflege-theorien seitens der Pflegekräfte abgekühlt. Es geht weniger darum, dass Pflege-theorien zu abstrakt und zu schwer zu verstehen sind, sondern vielmehr darum, dass sie die Pflegepraxis und Kreativität einengen, wenn sie als eine unveränderbare Stimme der Autorität betrachtet werden“ (s. auch Kap. 9.4.1).

amerikanischen Pragmatismus ebenso aufweist wie zum Ansatz der Praxisentwicklung und der darin enthaltenen Idee einer reflektierten Praxis.

1.3 PFLEGEWISSENSCHAFT UND PFLEGETHEORIE IN DEUTSCHLAND

Die skizzierten Entwicklungen in der Pflegewissenschaft wurden in Deutschland mit erheblicher Verspätung aufgegriffen. Als ich mich in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre mit der Notwendigkeit der Auswahl eines theoretischen Bezugsrahmens als Grundlage für die Umsetzung des Pflegeprozesses in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung konfrontiert sah, waren amerikanische Pflegemodelle bzw. -theorien in Deutschland so gut wie nicht bekannt⁴⁴. Die in den USA geführte Diskussion über Pflegemodelle und -theorien erreichte Europa Mitte der 1970er/Anfang der 1980er Jahre mit etwa 20jähriger Verspätung und regte vor allem in solchen europäischen Ländern, in denen sich die Pflege als wissenschaftliche Disziplin im Hochschulfeld etablieren konnte, die Entwicklung und empirische Überprüfung von Pflegemodellen und -theorien an. In Deutschland werden diese Ansätze etwa seit Mitte der 1980er Jahre diskutiert (s. z.B. Kaufmann 1988, Mischo-Kelling 1989, Steppe 1990). Erst im Zusammenhang mit dem Aufbau von Pflegestudiengängen erfolgte in den 1990er Jahren eine verstärkte Rezeption und eine erste kritische Auseinandersetzung mit Pflegemodellen und -theorien⁴⁵ (s. bspw. Mischo-Kelling/Wittneben 1995, Schaeffer et al. 1997, Kirkevold 1997, von Kampen 1998). Im Zuge dieser Entwicklung kam es 1996 zu einer ersten Standortbestimmung der Pflegewissenschaft in Deutschland (s. Robert Bosch Stiftung 1996), in der die Pflege als eine Handlungswissenschaft charakterisiert wird. Dies führte in der Folgezeit zu einer Auseinandersetzung über das Verhältnis von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis⁴⁶. In diesem Kontext fand ebenfalls eine Beschäftigung mit dem in der Pflegewissenschaft umstrittenen Thema des ‚caring‘⁴⁷ statt. Auch in Deutschland ist schwer einzuschätzen, welche Auswirkung die Rezeption der pflegetheoretischen Ansätze für die Pflegebildung⁴⁸ und für die Pflegepraxis hat. So behauptet Renate Stemmer (2003a) u.a. dass das Interesse an allgemeinen Pflegetheorien in Deutschland nachgelassen habe, auch wenn sich ab und an in der Literatur Hinweise zur Implementierung von pflegetheoretischen Ansätzen finden. Weiter stellt sie fest, dass an der Notwendigkeit einer theoretischen Fundierung der Pflegepraxis unvermindert festgehalten werde, die Forderung gehe aber dahin, theoretische Ansätze mit größerer Praxisrelevanz zu entwickeln. Drei Jahre später fordert Stemmer als Sprecherin der Sektion Hochschullehre Pflegewissenschaft (2006: 9) erneut die theoretische Fundierung pflegewissenschaftlicher Anstrengungen sowie des pflegerischen Handelns ein. Moers/Schaeffer (2011) hingegen sprechen von einer Theoriemüdigkeit, die für die Wissenschaftsentwicklung, mit Blick auf die Entwicklung einer eigenen Wissensbasis und mit Blick auf die Forschung gewisse Prob-

⁴⁴ Im Berliner Modellstudiengang wurde auf die Arbeiten von Abdellah zurückgegriffen. Virginia Henderson ist in Deutschland mit ihrer Definition von Pflege bekannt geworden, die sie für den ICN erarbeitet hat (s. ICN 1977).

⁴⁵ So sind Übersetzungen von Originalarbeiten (z.B. Peplau 1995, O'Toole/Welt 1989/1997, Orlando 1996, Orem 1995/1997) erschienen sowie Bücher, die die Anwendung von Pflegemodellen in der Praxis aufzeigen (s. Cavanagh 1995, Rogers 1995, Akinsanya et al. 1997, Kellnhauser 1998). Weiter finden sich in den verschiedenen Lehrbüchern zur Pflegewissenschaft Aussagen zur Theorieentwicklung und zu einzelnen Theorieentwürfen (s. Rennen-Allhoff/Schaeffer 2003, Brandenburg/Dorschner 2003,).

⁴⁶ Diese Diskussion wurde durch einen Artikel von Dornheim et al. 1999 angestoßen und führte zu einer länger währenden Diskussion in der Zeitschrift Pflege und Gesellschaft (PfleGe) (s. z.B. Moers 2000, Vollstedt 2001, Arnoldt 2001). Eine solche Diskussion wird auch in anderen Ländern geführt (s. Kirkevold 2002).

⁴⁷ Siehe bspw. Schnepf 1996, Emshoff 2000, Stemmer 2003b, Kohlen/Kumbruck 2008.

⁴⁸ Bei meinen Recherchen im Internet zum Thema Pflegetheorien bin ich auf die Webseite der Gemeinschaft zur Förderung der Krankenpflege (www.gfk-Pflege.de) gestoßen. Hier finden sich die Ergebnisse einer Umfrage aus dem Jahr 2001 zur Anwendung von Pflegetheorien in den Pflegeausbildungen in Deutschland, Österreich und in der Schweiz. Es scheint sich um eine Folgestudie zu handeln. In den drei europäischen Ländern wurden 1.600 Fragebögen an Ausbildungsstätten versandt, in den USA 800. Der Rücklauf in Europa betrug 560 (=35%) Fragebögen (die meisten davon aus Deutschland), in den USA lag er bei 35,8%. Die Frage, ob in der Ausbildung Pflegetheorien angewendet werden, beantworteten 89,1% in Europa positiv und in den USA 60%. Im Fragebogen wurden insgesamt 11 Namen von Pflegetheoretikerinnen genannt. Die befragten Ausbildungsstätten in den drei europäischen Ländern nannten am häufigsten Roper (77,3 bis 93,3%) und Orem (55,2 und 93,3), gefolgt von Peplau (20,4 und 58,4%). Die hier ebenfalls interessierenden Ansätze von King (7,1 bis 13,3%) und Roy (5,9 bis 10%) sind weniger bekannt. Der Befragung zufolge werden nicht nur eine Theorie, sondern ein oder mehrere Ansätze vermittelt. In welchem Umfang und in welcher Tiefe, ist der Präsentation nicht zu entnehmen.

leme beinhaltet. Insgesamt fällt auf, dass das in den vorliegenden pflegetheoretischen Ansätzen enthaltene Potenzial für die Entwicklung pflegerischer Ansätze bisher mit Ausnahme von Wittneben (1991) und Krohwinkel et al (1993), Krohwinkel (2007) hierzulande so gut wie gar nicht aufgegriffen worden ist. Inspiriert von Peplau und Orlando entwickelte Rüdiger Bauer (1997) eine Theorie der kongruenten Beziehungspflege. Hierbei greift er Ideen aus beiden Ansätzen auf, um sie auf Basis des gesprächstherapeutischen Ansatzes von Carl Rogers weiter auszuarbeiten. Eine kritische Auseinandersetzung mit den von ihm benutzten Ansätzen und eine Weiterentwicklung erfolgt nicht. In der Zwischenzeit sind einige Arbeiten erschienen, die sich mit dem Pflegehandeln aus unterschiedlichen Perspektiven befassen. So geht es bspw. Hartmut Remmers (2000) in seiner Dissertation um die Entwicklung einer eigenständigen Ethik der Pflege im Sinne einer handlungsfeldbezogenen Ethik. Hierbei geht er eher kursorisch auf vier pflegetheoretische Ansätze ein, die er als Handlungstheorien bezeichnet. Hierbei handelt es sich um die Theorien von Orem, Roy, King und Parse. Christa Olbrich (1999) untersucht anhand von pflegerischen Situationsbeschreibungen von Krankenschwestern/-pflegern deren berufliche Kompetenzen und das von ihnen beschriebene pflegerische Handeln. Sie beschreibt zunächst vier Dimensionen pflegerischen Handelns. Diese sind: regelgeleitetes Handeln, situativ-beurteilendes Handeln, reflektierendes Handeln und aktiv-ethisches Handeln. In einem weiteren Schritt arbeitet sie die dahinter stehenden Kompetenzen heraus. Annegret Veit (2004) beschäftigt sich in ihrer Dissertation mit der Beschreibung der Struktur professionellen, in der Praxis realisierten Handelns. Andere Arbeiten setzen sich, inspiriert von professionstheoretischen Arbeiten⁴⁹, mit dem Pflegehandeln und den Kompetenzen der Pflegekräfte auseinander (s. bspw. Cassier-Woidasky 2007, Arnold 2008). Vor kurzem haben Heiner Friesacher (2008) und Manfred Hülsken-Giesler (2008) zwei weitere Arbeiten vorgelegt, die das Pflegehandeln theoretisch unter Bezugnahme auf die wissenschaftstheoretische und theoretische Diskussion in der Pflegewissenschaft nebst Bezugswissenschaften aus höchst unterschiedlichen Perspektiven neu situieren und begründen. Hierbei greifen sie unterschiedliche Aspekte des US- und des internationalen pflegewissenschaftlichen Diskurses auf. In beiden Arbeiten liegt der Fokus jedoch primär auf dem professionellen Pflegehandeln in seinen verschiedenen Dimensionen. Heiner Friesacher setzt sich in seiner Arbeit nicht nur kritisch mit zwei ausgewählten pflegetheoretischen Ansätzen auseinander, mit dem Handlungsverständnis von Dorothea Orem und der Fürsorgetheorie von Patricia Benner/Judith Wrubel, sondern auch mit den von mir bisher veröffentlichten Vorstellungen zu einer Theorie des pflegerischen Handelns (Mischo-Kelling 1994, 2001). Anhand zweier Praxisfelder, der Intensivpflege und der häuslichen Pflege entwickelt er erste Vorstellungen professionellen Pflegehandelns, um in einem weiteren Schritt Wissensformen und damit korrespondierende Handlungslogiken zu erkunden. Er verortet die Pflegewissenschaft als Praxis- und Handlungswissenschaft. Hierbei nimmt er den Begriff des Handelns, die Handlungserklärung und die Handlungslogik näher in den Blick und analysiert sie anhand der analytischen Handlungstheorie und ihrer Weiterentwicklung in Gestalt der Rational-Choice Theorie oder Wert-Erwartungstheorie, anhand eines hermeneutischen Handlungsbegriffs sowie anhand der in Deutschland im pflegewissenschaftlichen Diskurs breit rezipierten Vorstellung einer Strukturlogik pflegerischen Handelns aus professionstheoretischer Sicht. Vor diesem Hintergrund arbeitet er schließlich konstitutive Elemente eines kritisch-emanzipatorischen Begriffs pflegerischen Handelns heraus. Im Unterschied zu Friesacher, der sich auf das professionelle Pflegehandeln fokussiert, liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf dem pflegerischen Handeln als solchem, wovon das professionelle Pflegehandeln eine spezialisierte Form ist.

Das in den USA beobachtete Theorie-Praxis-Problem (Transferproblem) ist auch in Deutschland virulent, wie die verschiedenen Beiträge in dem von Görres et al. (2001) herausgegebenen Buch *„Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege“* oder die von Doris Schaeffer (2006) herausgegebene Dokumentation *„Wissenstransfer in der Pflege, Ergebnisse eines Expertenworkshops“* anschaulich belegen. Dieses Problem muss aber vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Pflege in Deutschland betrachtet werden. Für die be-

⁴⁹ Im Anschluss an die Dissertation von Frank Weidner (1995), in der er die professionstheoretischen Vorstellungen von Ulrich Oevermann auf die Pflege bezieht, wird dieser Ansatz vielfach aufgegriffen. Im Mittelpunkt steht das Handeln der Professionellen, weniger die Klärung des Pflegehandelns als solchem.

rufliche Pflege hat das Krankenhaus höchste Bedeutung. Aufgrund der Ansiedlung der Krankenpflegeschulen an Krankenhäusern erfolgt die berufliche Sozialisation von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in Deutschland primär hier statt wie in anderen Ländern in Hochschule und Krankenhaus. In allen Ländern ist das Krankenhaus nach wie vor der zentrale Ort, wo wichtige Weichen für die Wahrnehmung des erwählten Berufs, aber auch für den beruflichen Werdegang gestellt werden. Es ist der Ort, wo sich die Vorstellungen und Ideen zum Pflegeberuf, zur Pflege als Profession und Wissenschaft sowie zum Gegenstand der Pflege bewähren müssen. Es ist zugleich auch der Ort, wo ich die in dieser Arbeit diskutierten theoretischen Erkenntnisse anwenden, überprüfen und weiterentwickeln konnte und reichliche Erfahrungen mit der Reorganisation der Pflegearbeit gesammelt habe. Hierbei habe ich mich u.a. mit der Frage befasst, wie die Organisation der pflegerischen Arbeit beschaffen sein muss, damit eine theoriegeleitete wissensbasierte personenbezogene Pflege möglich ist. Meine Erfahrungen mit der Umsetzung der Primären Pflege zeigen, dass diese Organisationsform entsprechende Möglichkeiten bietet. Die von mir bei der Umsetzung des Pflegeprozesses auf der Basis des RLT-Modells beobachteten Transferprobleme⁵⁰ und die dabei entstehenden Konflikte im Team und mit anderen Berufsgruppen verweisen auf die inzwischen gut belegten strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der beruflichen Pflege und auf die ihr innewohnenden Handlungs- und Organisationslogiken (s. hierzu für die Pflege: Taubert 1992, Weidner 1995, Schnieders 1994, Borsi/Schröck 1995, von Engelhardt/Herrmann 1999, Käppeli 2005). So behauptet Käppeli (2005: 5), dass der Theorie-Praxis-Gap dadurch erzeugt wird, dass Lehre und Forschung auf einem Wissenschaftsparadigma basieren, wohingegen für die Pflegepraxis ein Dienstleistungsparadigma handlungsleitend sei. Sie hebt hervor, dass ein Aspekt des Wissenstransfers darin besteht, dass er die Identität der Pflege verändert⁵¹. Wie weiter oben angedeutet, geht dies einher mit dem Loslassen vertrauter Verhaltensweisen und dem Erlernen neuer Verhaltensweisen sowie dem eigenständigen Handeln im originär pflegerischen Bereich, einer entsprechenden Verantwortungsübernahme und Verpflichtung (commitment) gegenüber dem eigenen Beruf.

Führte die berufliche Pflege bis Anfang der 1990er Jahre eher ein Schattendasein in der Forschungsliteratur, hat sich diese Situation, auch durch den Aufbau von Pflegestudiengängen seit den 1990er Jahren grundlegend geändert. Inzwischen wurden mehr als 50 Studiengänge, schwerpunktmäßig an Fachhochschulen, weniger an Universitäten, eingerichtet (s. Robert-Bosch-Stiftung 2000, Görres et al. 2005). Diese Entwicklung birgt hinsichtlich der Profilierung des Gegenstandsbereichs der Pflegewissenschaft wie hinsichtlich einer nachhaltigen Veränderung der diversen Praxisfelder in der Pflege erhebliche Probleme (s. Schaeffer et al. 1997: 7ff, Weidner 1999, di Luzio 2008, 2009), nicht zuletzt deshalb, weil die Verlagerung der Erstausbildung in den Hochschulbereich nach wie vor aussteht (s. SVR 2007/Drs. 16/6339, Raven 2009a, b). Die in Deutschland anzutreffende Anbindung der Ausbildung ans Krankenhaus stellt heute im europäischen wie im internationalen Vergleich eine Ausnahme⁵²

⁵⁰ Dass der Transfer von Wissen einer anderen Handlungslogik unterliegt als die bloße Vermittlung desselben, erlebte ich später erneut in meiner Funktion als Pflegedienstdirektorin in Hamburg, wo die Umsetzung des Pflegeprozesses auf der Basis des o.g. modifizierten Pflegemodells eines von vielen Veränderungsthemen war (s. Mischo-Kelling/Schütz-Pazzini 2007), und in meiner Funktion als Pflegedirektorin in Bozen (später umbenannt in Koordinatorin der Pflegedienstleiterinnen), wo ich nicht nur für die Pflege, sondern für mehrere nichtärztliche Berufsgruppen zuständig war und wo es darum ging, die organisatorische Voraussetzung für professionelles, d.h. fall- und patientenbezogenes Arbeiten zu schaffen. Die Auseinandersetzung mit diesen Problemen ist angesichts des kontinuierlichen Wandels der Rahmenbedingungen beruflicher Arbeit unabdingbar. Bei der Entdeckung des Practice Development Ansatzes bin ich auf eine vielversprechende Sicht zum Verständnis des Theory-Practice-Gap gestoßen, der von den VertreterInnen der Praxisentwicklung vertreten wird. Sie beschreiben den o.g. Gap als eine Kluft zwischen zwei verschiedenen *Praxiskulturen* und weniger als eine Kluft, die zwischen einer idealisierten und der realen Praxis besteht. An beiden Praxisorten teilen sich HochschullehrerInnen/WissenschaftlerInnen auf der einen Seite und die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsprofessionen auf der anderen Seite eine vergleichbare Spannweite von *praktischem Wissen*. Hierbei handelt es sich in erster Linie um ein persönliches, stillschweigendes und facettenreiches Wissen statt um ein ausschließlich wissenschaftliches Wissen (s. Eraut 2001: vii).

⁵¹ Als wesentliche Aspekte der beruflichen Identität nennt Käppeli (2005) den Gegenstand der Pflege, den Auftrag der Pflegewissenschaft, wissenschaftliche Paradigmen und methodisch-methodologische Ansätze, die Ethik der Pflege und als zusätzliche Konstanten der Identität etwa das Vorhandensein einer transzendenten Dimension.

⁵² Im internationalen, vor allem aber im europäischen Kontext und im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess wäre es sinnvoll gewesen, die Erstausbildung im Hochschulbereich anzusiedeln und sie so an europäische Standards im Rahmen der

dar (s. Spitzer/Perrenoud 2006a, b). Der Mehrheit der in der Pflege Tätigen bleibt eine wissenschaftliche Erstausbildung versperrt. Sie erhalten ihre berufliche Primärsozialisation weiterhin in veralteten Strukturen⁵³. Dies erschwert die Vermittlung von grundlegenden Fertigkeiten für eine wissenschaftsgestützte Praxis und damit auch den Transfer wissenschaftlicher theoretischer Erkenntnisse in die Praxis (s. Moers/Schaeffer 2006:1051). Das am 01.01.2004 in Kraft getretene novellierte KrPflG eröffnete mit seiner Erprobungsklausel neue Wege der Ausbildung. Hiervon wurde in dem Modellvorhaben ‚Pflegeausbildung in Bewegung‘ Gebrauch gemacht. Die Ergebnisse der acht Modellprojekte wurden im Dezember 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt. Der wissenschaftliche Beirat empfiehlt der Bundesregierung die Reform der Pflegeausbildung zügig in Angriff zu nehmen. Er plädiert aufgrund der positiven Ergebnisse des gesamten Modellvorhabens für eine Integration der Kinder-, Kranken- und Altenpflege. Auffällig ist, dass der Beirat keine Empfehlungen bzgl. der Ansiedlung der zu reformierenden Pflegeausbildung in der deutschen Bildungslandschaft gibt (s. WIAD/dip. 2008).

Ungeachtet dessen erfordert die Verankerung der Pflege als wissenschaftlicher Disziplin im Hochschulbereich die wissenschaftliche Fundierung. Hierbei ist die Pflege sehr unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt, da sie nicht nur für WissenschaftlerInnen, die eine berufliche Sozialisation in der Pflege erfahren haben und über praktische Erfahrungen im Berufsfeld verfügen, zu einem interessanten Forschungsfeld geworden ist, sondern auch für WissenschaftlerInnen verschiedenster anderer Wissenschaftsdisziplinen (s. Schroeter/Rosenthal 2005). Welche Folgen diese Fremdeinflüsse für die Entwicklung der Pflegewissenschaft und für die berufliche Pflege haben, ist gegenwärtig schwer einzuschätzen⁵⁴. Die Ansiedlung der Erstausbildung der Pflege in Deutschland an Krankenhäusern bewirkt, dass das Verständnis der beruflichen Pflege weiterhin durch eine Institution geprägt wird, die sich gegenüber pflegewissenschaftlichen und anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen eher abweisend verhält, insbesondere wenn diese jenseits des medizinischen Mainstreams und zunehmend auch jenseits des ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Mainstreams liegen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts stehen das Krankenhaus und damit auch die berufliche Pflege im Fokus von grundlegenden Veränderungsprozessen und Rationalisierungsmaßnahmen mit dem vordringlichen Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen. Wie die Erfahrungen der letzten Jahre belegen, läuft der Pflegedienst als größte Personalgruppe innerhalb der Beschäftigten im Krankenhaus Gefahr, gar nicht mehr oder lediglich als Kostenfaktor wahrgenommen zu werden⁵⁵. Die Bedeutung, die der beruflichen Pflege bei der Versorgung gesunder wie kranker oder hilfsbedürftiger Menschen zukommt, ist unserer Gesellschaft nach wie vor nicht bewusst⁵⁶ oder wird verdrängt, so dass es den Pflegekräften umso schwerer fällt, anderen Menschen diese Bedeutung zu erklären und dafür einzustehen. (s. Forsyth/McKenzie 2006, McKenzie 2007 et al.). An dieser Situation haben die bisher vorliegenden Erkenntnisse der Pflegewissenschaft allenfalls punktuell oder graduell etwas ändern können⁵⁷. Die Untersuchung der Auswirkun-

Akademisierung heranzuführen. Auch wenn beide Lösungen mit Problemen behaftet sind (Krüger 1997a, 2001b, 2003, Spitzer/Perrenoud 2006a, b), hätten sie das Ende des Sonderwegs der deutschen Pflegeausbildung bewirkt (s. Görres et al. 2005).

⁵³ Wie die Auszubildenden die neue Ausbildung erleben, haben Sabine Balzer und Benjamin Kühme (2009) in ihrer empirischen Studie untersucht.

⁵⁴ Elke Müller (2001a) hat sich in ihrer Dissertation mit diesem Thema am Beispiel von Leitbildern auseinandergesetzt. Cornelia Kling-Kirchner (1994: 2) zieht eine Parallele zur Sozialarbeit und weist darauf hin, wie problematisch sich die fachfremde Beeinflussung für die Herausbildung einer beruflichen Identität erwiesen hat.

⁵⁵ Im Krankenhaus-Report 2001 stellen Gerste et al. fest, dass in den Krankenhäusern im Pflegebereich seit 1997 abnehmende Kapazitäten zu beobachten sind. Dies geht auch aus den entsprechenden Statistiken des Bundesamts für Statistik hervor. Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus haben sich in den letzten Jahren derartig verschärft, dass der Druck die Pflegekräfte zum politischen Handeln zwingt, wie die gemeinsame, im November 2007 gestartete Aktion von DBfK und Verdi (s. www.pflege-uns-reich.de) und die neue Aktion des DBfK ‚Gelbe Karte an die Kanzlerin‘ vom November 2010 zeigen. Einen Überblick über die Entwicklung des Personalabbaus im Pflegebereich der letzten Jahre gibt die Arbeit von Michael Simon (2008).

⁵⁶ Hier scheint die Thematisierung der demographischen Entwicklung und einer möglichen Pflegebedürftigkeit im Alter allmählich etwas zu ändern.

⁵⁷ Peter Stratmeyer (2007/2008) stellt in einer zweiteiligen Artikelserie fest, dass trotz beobachtbarem Veränderungswillen, trotz Reformbereitschaft und Reorganisationen all diese Bemühungen offenbar nicht zu dem erwarteten Erfolg geführt haben. Er verweist u.a. auf die Einführung von Pflegeprozess, Pflegestandards, Pflegetheorien, Pflegesystemen,

gen von Einsparungen im Pflegebereich ist inzwischen zu einem internationalen Anliegen geworden. Es liegen zahlreiche Untersuchungen vor, die die Risiken für die Patienten aufzeigen (s. bspw. Aiken et al. 2001, Aiken et al. 2002, Needleman et al. 2002, Aiken 2008, Hasselhorn et al. 2005, Rafferty et al. 2007, Tourangeau et al. 2006, Clarke/Aiken 2008). Zu den Auswirkungen der Einführung der **D**iagnostic **R**elated **G**roups (DRG) auf die Arbeitssituation in der Pflege, in der Medizin und auf die Patientenversorgung in Deutschland liegen erste Erkenntnisse (s. Braun et al. 2010) vor.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung kommt dem Wissenstransfer und der Weiterentwicklung der Pflegepraxis eine zentrale Bedeutung zu. Die Frage, wie Pflege-theorien die Praxisentwicklung, d.h. die Weiterentwicklung des beruflichen Handelns fördern können, greifen Martin Moers und Doris Schaeffer (2006/2007) auf, eine Frage, die mich seit Mitte der 1980er Jahre umtreibt. Der letzte Teil der vorliegenden Arbeit gibt Auskunft darüber, welche Antworten ich auf diese Frage bisher gefunden habe.

1.4 AUFBAU DER ARBEIT UND METHODISCHES VORGEHEN

Die vorliegende Arbeit spiegelt die verschiedenen Phasen meiner wissenschaftlichen und praktischen Arbeit in der Pflege wider. Die gewonnenen Erkenntnisse werden in dieser Arbeit systematisch aufgearbeitet, zusammengeführt und hinsichtlich ihrer praktischen Relevanz für die pflegerische Arbeit in einem konkreten Praxisfeld, dem Krankenhaus, weiter ausgearbeitet. Die Arbeit gliedert sich in einen primär theoretisch orientierten und in einen auf die Praxis bezogenen Teil.

1.4.1 ERSTER THEORETISCHER TEIL

In diesem ersten Kapitel wurden die Entwicklung der beruflichen Pflege in den USA zu einer Profession, die damit einhergehende Entwicklung der Pflegewissenschaft und die Herausbildung pflegetheoretischer Ansätze skizziert. Es wurde dargestellt, wie diese Entwicklungen in Deutschland seit den 1980er und verstärkt in den letzten 20 Jahren aufgegriffen wurden. Im zweiten, den theoretischen Teil einleitenden Kapitel wird zunächst auf die Entwicklungsgeschichte des RLT-Modells eingegangen, bevor die zentralen Konzepte des Modells dargestellt und die Hinweise zu den hier interessierenden Konzepten – Selbst, Selbstkonzept und Körperbild – aufgezeigt werden. Unter Rückgriff auf die Arbeit von Virginia Henderson wird auf den Begriff der ‚needs‘ eingegangen, um ihn von jenem der ‚activities‘ abzugrenzen. Schließlich wird auf die Rezeption des RLT-Modells eingegangen und darauf, welche Aspekte des RLT-Modells Eingang in die deutsche Diskussion gefunden haben, bzw. in den Arbeiten von Monika Krohwinkel und Mitarbeiterinnen weiterentwickelt worden sind.

Das dritte Kapitel gibt einen Überblick über die von den relevanten Bezugswissenschaften entwickelten Begriffe Selbst, Selbstkonzept und Körperbild und darüber, wie diese in der pflegewissenschaftlichen Diskussion aufgenommen worden sind. Das Ziel der zu leistenden Rekonstruktionsarbeit in dieser Arbeit besteht darin, zentrale Ideen des amerikanischen Pragmatismus, insbesondere die von George Herbert Mead zur Genese des Selbst und zu dessen Funktion für das menschliche Handeln nachzuzeichnen und nach Anknüpfungspunkten für eine alle Formen des menschlichen Handelns berücksichtigende pragmatistische Handlungstheorie der Pflege zu suchen. Hierbei geht es um die Rolle von Emotionen, um die Bedeutung des Körpers und des Körperbilds, um die Genese des Selbst, um das Konzept der Rollen- bzw. Perspektivenübernahme, um die Funktionsweise des Selbst und um das Selbstkonzept. Es werden das Meadsche Handlungsmodell, und unterschiedliche Handlungsformen be-

Arbeitszeitmodellen, EDV-gestützten Dokumentationssystemen. Er erkundet in diesen Artikeln die Ursache dieses Sachverhalts und nennt acht in der Pflegepraxis anzutreffende ‚Sünden‘. Eine davon bezieht sich auf den Umgang mit Pflege-theorien. Sie wird mit den Worten „Wir schreiben Pflege-theorie drauf und behaupten, dass sei Pflegewissenschaft“ umschrieben. In diesem Zusammenhang stellt er fest, dass es ein Missverständnis von Pflegedienstleitungen ist anzunehmen, dass Pflege-theorien mittels Dokumentationssystemen eingeführt werden könnten. Er macht deutlich, dass theoretisches Wissen nicht in einem linearen oder direkten Verhältnis zur Praxis steht, sondern in einem komplexen und rekursiven Transformationsprozess (Stratmeyer 2008: 37).

schrieben. Im Mittelpunkt steht das *allgemeine menschliche pflegerische Handeln*. Es wird nicht von vornherein auf das *professionelle Pflegehandeln* oder auf einen bestimmten Handlungstyp eingegrenzt. Aus diesem Grund wird vor allem solchen Hinweisen im Meadschen Werk nachgegangen, die auf ein auf den handelnden Menschen selbst bezogenes pflegerisches Handeln und auf ein auf andere Menschen bezogenes Pflegehandeln verweisen. Bei meiner Rekonstruktionsarbeit greife ich auf Meads frühes und spätes Werk zurück sowie auf neue Veröffentlichungen, in denen bisher unveröffentlichte Texte Meads zugänglich gemacht worden sind, womit sein Werk neu interpretiert werden kann. Weiter gehe ich auf die deutsche Rezeption von Mead und auf Vorstellungen ein, die hierzu insbesondere aus Sicht des feministischen Pragmatismus sowie der Pflegewissenschaft vorliegen. In Hinblick auf das gewohnheitsmäßige Handeln erfolgt ein Rückgriff auf die Arbeiten von John Dewey sowie Anselm Strauss und MitarbeiterInnen. Anselm Strauss greift in seinen Arbeiten zentrale Gedanken von Mead und Dewey auf. Die Meadschen Ideen zum Handeln und das damit verbundene Zeit-Raum-Verständnis spiegeln sich im Strauss'schen Verständnis von Handeln und Arbeiten wider (s. Strauss 1993, Strübing 2005).

Inspiziert vom pragmatistischen Handlungsverständnis wird im vierten und letzten Kapitel des ersten Teils dieser Arbeit anhand der Begriffe Arbeit, Beruf, Profession und personenbezogene Dienstleistungen ein Rahmen für die nachfolgende Analyse der genannten pflegetheoretischen Arbeiten entwickelt. Der Blick richtet sich dabei auf das dem pflegerischen Handeln zugrunde liegende Wissenssystem der beruflichen/professionellen Pflege. Um den Einfluss der Arbeitsteilung und der diversen Arbeitsbeziehungen in den Blick zu bekommen, werden der von Rohde (1974) beschriebene pflegerische und der medizinische Funktionskreis als heuristische Kategorien nutzbar gemacht, indem diese Funktionskreise als ‚Handlungsfeld‘ für das jeweilige Wissenssystem begriffen werden. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass soziale Prozesse im wesentlichen ‚vergeschlechtlicht‘ sind. Aus diesem Grund wird die Kategorie ‚Geschlecht‘ systematisch in die Erarbeitung des Analyse Rahmens einbezogen. Neben der professionellen Perspektive wird mit dem Aufgreifen des Strukturmodells von Versorgungsprozessen (caring process) von Berenice Fisher & Joan Tronto (1990) eine weitere Perspektive einbezogen, insofern dieses Strukturmodell den öffentlichen und den privaten Raum umspannt und es damit möglich macht, die verschiedenen Formen der Pflege gesunder wie kranker Menschen in den Blick zu bekommen. Schließlich wird die Bedingungsmatrix von Strauss/Corbin (1996) vorgestellt, die wichtige Aspekte des pragmatistischen Handlungsverständnisses beinhaltet und die Einnahme weiterer Perspektiven erlaubt. Der entwickelte Rahmen dient sodann der systematischen Befragung und Untersuchung der Arbeiten von Peplau (Kap 5), Roy (Kap 6) und King (Kap 7). Hierüber wird ein anderer Zugang zu den pflegetheoretischen Ansätzen möglich als bei einer schlichten Übernahme der Analyse- und Evaluationsstrategien, wie sie in der nordamerikanischen pflegetheoretischen Diskussion vorgeschlagen wird (s. Chinn/Kramer 2008, Fawcett 2005, Meleis 2007).

1.4.2 ZWEITER THEORETISCHER TEIL

In den darauf folgenden Kapiteln fünf, sechs und sieben werden zuerst die jeweiligen Vorstellungen zum Selbst, zum Selbstkonzept und Körperbild der jeweiligen pflegetheoretischen Ansätze entlang der im vierten Kapitel entwickelten Fragen herausgearbeitet, bevor in einem zweiten Schritt eine Bewertung der gewonnenen Erkenntnisse erfolgt. Hierbei steht das Auffinden wichtiger Anknüpfungspunkte für die angestrebte Überführung des RLT-Modells in eine pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns im Mittelpunkt.

Im achten Kapitel werden schließlich die in den Kapiteln drei, fünf, sechs und sieben gewonnenen Erkenntnisse zusammengeführt und für die Entwicklung des RLT-Modells in eine pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns fruchtbar gemacht. Der in dieser Arbeit verwendete Theoriebegriff wird im Sinne eines begrifflichen Instruments zur Beschreibung und Analyse pflegerischer Phänomene verstanden⁵⁸, wohingegen der

⁵⁸ Strauss (1995) gibt in seinem Artikel ‚Notes on the Nature and Development of General Theories‘ einige Hinweise zur Entwicklung allgemeiner Theorien.

Begriff Handeln auf die eingenommene Perspektive gegenüber dem Phänomen Pflege verweist. Ausgangspunkt dieses Arbeitsschritts ist vor allem das Meadsche Handlungsmodell, das in diesem Kapitel zum Konzept der Verlaufskurve⁵⁹ von Strauss in Beziehung gesetzt und konsequent auf das Phänomen ‚Pflege‘ und auf das pflegerische Handeln bezogen wird. Das Konzept der Verlaufskurve bietet nicht nur die Möglichkeit, das Meadsche Handlungsmodell mit den Konzepten des RLT-Modells und den verschiedenen pflegetheoretischen Erkenntnissen zum Selbst, Selbstkonzept und Körperbild zu verknüpfen, sondern auch die Phänomene ‚Pflege‘ und ‚Krankheit‘ aus einer neuen Perspektive zu betrachten. Es schafft damit die Voraussetzung, die pflegerische Arbeit aus einer pragmatistisch-interaktionistischen Perspektive neu zu verorten. Hierzu ist es jedoch erforderlich, gewisse Aspekte des pragmatistischen Handlungsverständnisses am Phänomen des pflegerischen Handelns weiter zu vertiefen.

1.4.3 THEORIE UND PRAXIS

Im dritten Teil dieser Arbeit steht die Praxis und damit die Frage im Mittelpunkt, welche Rolle den Pflegeführungskräften der verschiedenen Ebenen und den Pflegekräften bei der Umsetzung einer theoriegeleiteten, an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven der zu pflegenden Menschen orientierten Pflege und die Bedeutung, dem Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der professionellen Pflege zukommt. Aus diesem Grund wird im abschließenden neunten Kapitel der Faden zu den im vierten Kapitel analysierten Begriffen **Arbeit**, **Beruf**, **Profession** und **Dienstleistung** wieder aufgenommen. Der Fokus liegt jetzt auf dem Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der professionellen Pflege und der Arbeit an den professionellen Verlaufskurven. Hierbei greife ich auf in der Diskussion befindliche Ideen zur Umsetzung eines professionellen Praxismodells und auf Vorstellungen zur Praxisentwicklung zurück, um kritische Punkte zu identifizieren, die bei der Nutzung der pragmatistischen Theorie des Pflegehandelns zu beachten sind und ggf. einer Weiterentwicklung bedürfen. Mit Blick auf den pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich wird das Handlungsmodell Abbotts mit dem Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung verknüpft und Schlussfolgerungen für die Bestimmung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs gezogen. Anhand des Konzepts der Grenzarbeit (boundary work) und der Grenzobjekte (boundary objects) wird auf die Bedeutung der von den Pflegeführungskräften wie Pflegekräften zu leistenden Grenzarbeit bei der Artikulation, Neubestimmung und inhaltlichen Entwicklung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und des Wissenssystems eingegangen. Vor dem Hintergrund der professionellen wie organisationalen Sozialisation werden anhand von Forschungserkenntnissen notwendige Entwicklungsprozesse für die Arbeit an der professionellen Verlaufskurve wichtige identifiziert und wichtige ‚turning points‘ aufgezeigt. Im letzten Schritt wird die Bedeutung der Grenz- und Artikulationsarbeit für die aktive Herstellung und Ausgestaltung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs herausgearbeitet. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der handlungsleitenden Funktion von Theorien und Wissen, ihre Bedeutung für die Praxis und bei der Kompetenzentwicklung. Dies wird exemplarisch anhand der klinischen Entscheidungsfindung und Beziehungsgestaltung, sei es zum zu pflegenden Menschen, zu den eigenen PflegekollegInnen, zu den ÄrztInnen oder anderen Gesundheitsberufen aufgezeigt und einer abschließenden Bewertung unterzogen.

Der Kategorie ‚Geschlecht‘ kommt in dieser Arbeit als heuristischem Erkenntnismittel eine bedeutsame Rolle zu. Im Zuge seiner Entwicklung hat sich das Krankenhaus zunächst einseitig an den Erfordernissen der Medizin orientiert. Hierbei wurde der Pflege die Rolle zugewiesen, die medizinische Arbeit durch ihre Vor-, Zu und Nacharbeit zu gewährleisten (s. Davies 1995a; Holtgrewe 1997, Mischo-Kelling 2007c). Diese Entwicklung setzte bereits im 19. Jahrhundert und noch einmal verstärkt nach dem zweiten Weltkrieg ein⁶⁰ und führte schließlich dazu, dass der eigentliche Gegenstandsbereich der Pflege ins Abseits geraten ist. Indem die berufli-

⁵⁹ Es ist das zentrale Konzept in dem gemeinsam mit Juliet Corbin entwickelten Pflegemodell (s. Corbin/Strauss 1992).

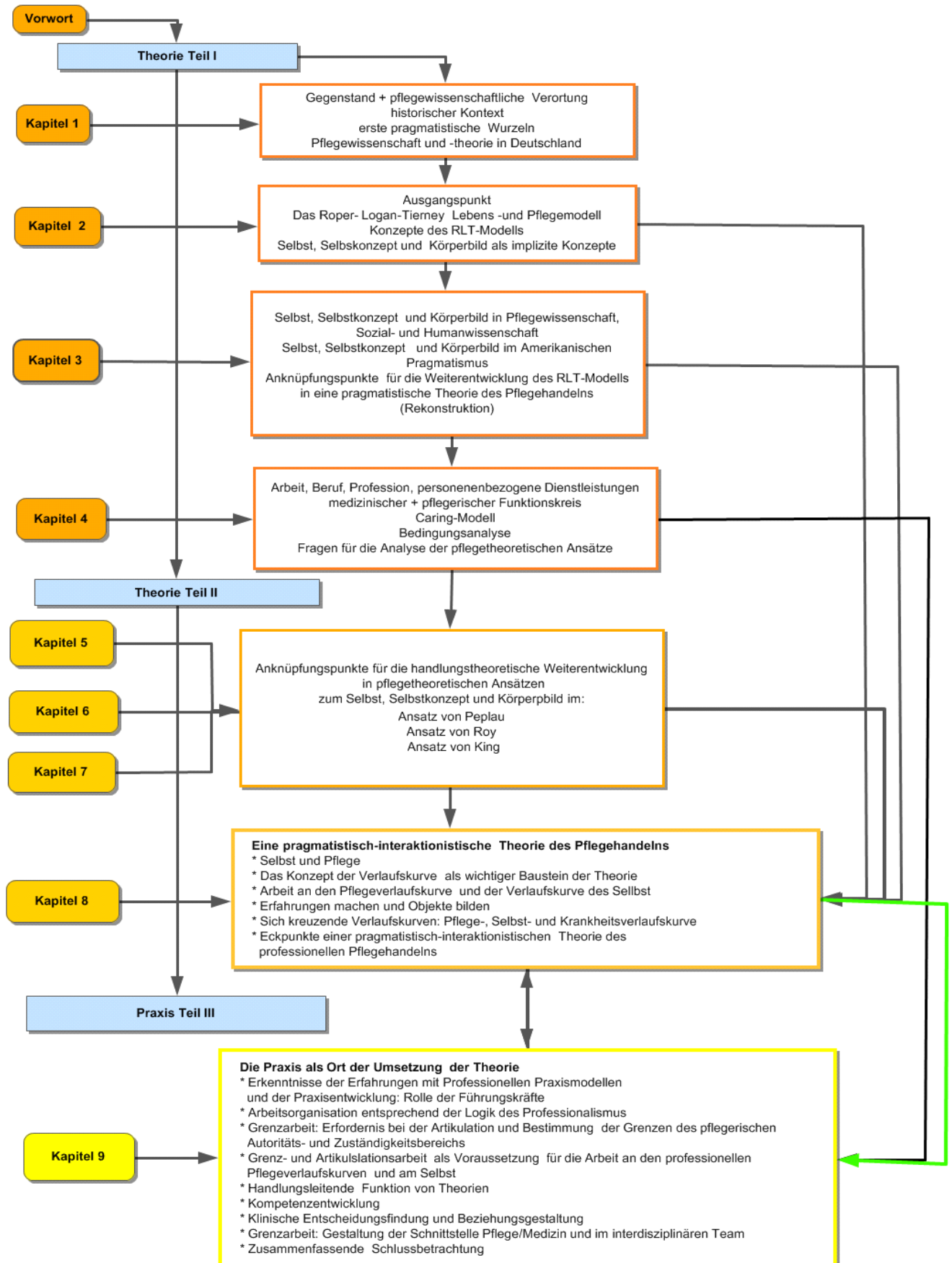
⁶⁰ Für die USA liegen zu dieser Entwicklung die Arbeiten von Julie Fairman/Joan E. Lynaugh (1998), Lynaugh/Bush (1996) vor. Für die deutsche Situation nach dem Zweiten Weltkrieg gibt die Arbeit von Rohde (1974) zum Krankenhaus einen guten Überblick.

che Pflege als ‚Frauenarbeit‘ bzw. ‚Frauenberuf‘ wahrgenommen und dem medizinischen ‚Denkkollektiv‘ bzw. ‚Denkstil‘⁶¹ untergeordnet wurde, wird sie heute primär in ihrem Verhältnis zur Medizin und kaum mehr als etwas Eigenes wahrgenommenen, was tiefgreifende und notwendige Veränderungen erheblich erschwert.

Der Abbildung 1.1 auf Seite 28 ist der inhaltliche Leitfaden der Arbeit zu entnehmen.

⁶¹ Ludwig Fleck (1993: 54f) definiert „Denkkollektiv“ als „Gemeinschaft der Menschen, die im Gedankenaustausch oder in gedanklicher Wechselwirkung stehen“, wir „besitzen [...] in ihm den Träger geschichtlicher Entwicklungen eines Denkgebietes, eines bestimmten Wissensbestandes und Kulturstandes, also eines besonderen Denkstils“. Brühe/Rottländer/Theis (2004) haben auf der Basis von Flecks Theorie in der deutschen Pflege drei vorherrschende Denkstile ausgemacht: einen pflegevorberuflichen, einen pflegeberuflichen und einen pflegeprofessionellen, mit denen sie u.a. den ‚Theorie-Praxis-Konflikt‘ erklären.

Abb. 1.1. Inhaltlicher Leitfaden der Arbeit



2. AUSGANGSPUNKT DER UNTERSUCHUNG: DAS LEBENS- UND PFLEGE MODELL VON ROPER, LOGAN & TIERNEY

In diesem Kapitel werden in einem ersten Schritt die Anfänge des ursprünglich von Nancy Roper auf der Basis der Ergebnisse ihrer empirischen ‚Master-Arbeit‘ an der Universität Edinburgh entwickelten Lebens- und Pflegemodells skizziert. Mitte der 1970er Jahre entwickelte sie das Modell mit ihren beiden Kolleginnen Winifred Logan und Alison Tierney mit dem Ziel weiter, ein Lehrbuch zu schreiben, das auf einem konzeptuellen Modell basiert. Es ging ihnen darum, den Studierenden der Pflegewissenschaft einen konzeptuellen Bezugsrahmen für die Pflege anzubieten (s. Roper et al. 1996b: 289, Roper et al. 2000: 13). In dem von **R**oper, **L**ogan und **T**ierney vorgelegten Lebens- und Pflegemodell (kurz: RLT-Modell) werden Erkenntnisse verschiedener Wissenschaftsdisziplinen wie Physiologie, Psychologie, Soziologie und Pflege zusammengeführt und auf die Pflege von Menschen bezogen.

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden pflegetheoretische Ansätze wie das RLT-Modell aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Innerhalb des Wissenschaftsbereichs geht es dabei zunächst

- um eine Verständigung über den Entwicklungsstand der Pflegewissenschaft als Disziplin (welche Art von Wissenschaft ist die Pflegewissenschaft?),
- um den Stellenwert der in den verschiedenen pflegetheoretischen Ansätzen formulierten Ideen,
- um die Stellung dieser Ansätze innerhalb der historischen Entwicklung der Pflegewissenschaft und
- um eine Verständigung über ihre wissenschaftstheoretische bzw. philosophische Einordnung (s. bspw., Fawcett 1984, 2005, Parker 2001, Meleis 2007, Chinn/Kramer 2008).

Ganz allgemein stellen Roper et al. (2000) fest, dass in der von den Nordamerikanerinnen dominierten Theoriediskussion¹ Pflegemodelle, die ihren Ursprung außerhalb Nordamerikas haben, so gut wie nicht berücksichtigt werden. Sie fragen weiter, ob das von ihnen entwickelte konzeptuelle Modell überhaupt ein Pflegemodell sei. Sie beantworten diese Frage positiv, indem sie sich auf eine Definition von Fawcett berufen, der zufolge konzeptuelle Modelle aus einer Reihe von Konzepten und Aussagen bestehen, die in eine sinnvolle Konfiguration integriert werden. Roper et al. sehen das Potenzial eines konzeptuellen Pflegemodells darin, dass es den Pflegekräften die Möglichkeit zur begrifflichen Erfassung des Gegenstandsbereichs der praktischen Pflege (Roper 2000: 166) bietet. Sie begreifen ihr Modell als prinzipiell offen für Weiterentwicklungen (s. ebenda, Tierney 1998). Eine solche handlungstheoretische Weiterentwicklung des RLT-Modells aus einer pragmatistisch-interaktionistischen Perspektive ist das erklärte Ziel der vorliegenden Arbeit. Um die Entwicklung der Konzepte, auf denen das RLT-Modell basiert, nachzuvollziehen, werden die verschiedenen Fassungen des Buches ‚*The Elements of Nursing*‘, Zeitschriftenartikel und die im Jahr 2000 erschienene Zusammenfassung des Modells (deutsch 2002) herangezogen. Dabei werden die in diesen Texten enthaltenen Hinweise auf die für die vorliegende Arbeit zentralen Konzepte *Selbst*, *Selbstkonzept* und *Körperbild* identifiziert und erste Anknüpfungspunkte für eine Theorie des Pflegehandelns herausgearbeitet. In diesem Zusammenhang wird das Konzept der Aktivitäten des Lebens (im Weiteren AL), worunter etwa die AL ‚Essen und Trinken‘ oder ‚Kommunizieren‘ (s. Kap. 2.2.1) fallen, mit einem ähnlich lautenden Konzept von Virginia Henderson verglichen. Bei der Beschreibung der einzelnen Konzepte gehe ich auf die in Deutschland erfolgte Auseinandersetzung mit dem RLT-Modell nur insoweit ein, wie sie meine Fragestellung berührt. Hierbei beziehe ich mich auch auf die Arbeiten von Monika Krohwinkel und MitarbeiterInnen.

2.1 DIE ANFÄNGE DES RLT-MODELLS

Ausgangspunkt der Überlegungen Ropers in ihrer 1976 veröffentlichten Untersuchung (Roper 1976a) war die Frage, ob es einen identifizierbaren und das Praxisfeld der Pflege übergreifenden Kern der Pflege gibt. Sollte ein solcher vorliegen, müsste es möglich sein, das für das jeweilige Praxisfeld erforderliche Spezialwissen, die er-

¹ Auch hier gibt es Ausnahmen s. etwa die Erwähnung des RLT-Modells in der Arbeit von Marriner Tomey/ Alligood 1998, 2002, 2006)

forderlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten und Haltungen darüber zu identifizieren. Beschreibt der praxisfeldübergreifende Kern das ‚Gemeinsame‘ der Pflege, so benennt das für die jeweiligen Praxisfelder erforderliche Spezialwissen die ‚Vielfalt‘ der Pflege (Roper et al. 2000: 9). Den Kern der beruflichen Pflege arbeitete Roper anhand von 774 Patientenprofilen aus verschiedenen Praxisfeldern² aus. Er umfasst Schlüsseleigenschaften, die allen Menschen gemeinsam sind und auf die sie in ihren täglichen Aktivitäten verwiesen sind³. Roper lenkte ihr Augenmerk vor allem auf *beobachtbare Eigenschaften*, was sie zu der Idee führte, ein Pflegemodell basierend auf einem **Modell des Lebens** zu entwickeln (s. Roper 1976a, Roper et al. 1985:19; 1996a:19, Roper et al. 2000: 9). Diese Idee verfolgte sie mit ihren Kolleginnen⁴ Logan und Tierney seit Mitte der 1970er Jahre weiter. Sie veröffentlichten ihre gemeinsam erarbeiteten Vorstellungen zur Pflege basierend auf einem Lebensmodell 1980 unter dem Titel ‚*The Elements of Nursing*‘.

Des Weiteren setzte sich Roper (1976a) in der oben erwähnten Untersuchung mit den zwischen 1940 und 1970 vorherrschenden ‚Images‘⁵ der beruflichen Pflege auseinander. Sie führte ihre Untersuchung vor dem Hintergrund der in diesem Zeitraum vollzogenen Veränderungen in den Krankenhäusern und deren Auswirkung auf die Pflegeausbildung durch. Diese Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung hätten ihr zufolge eigentlich zu einer Änderung des damals vorherrschenden Bildes von Pflege, des ‚*bedside nursing*‘, führen müssen. Dieses in den 1940er Jahren dominierende Pflege-Image beschreibt Roper (1976a: 43) als eine Pflege, bei der ein Patient bei der Durchführung der normalerweise von ihm unabhängig durchzuführenden Aktivitäten des Lebens Unterstützung durch eine Pflegekraft erfährt. Diese Unterstützung erfolgt, worauf das Wort ‚*bedside*‘ hinweist, **am Bett des Patienten**. Das Wort beinhaltet zunächst eine **Ortsbestimmung**. Mit Blick auf die Pflegeausbildung war dieses Image von Pflege aufgrund der Veränderungen im Bereich der Krankenbehandlung, in der Organisation der Krankenhausversorgung, in der Epidemiologie, in den Lebensbedingungen der Menschen und im Bereich der für die Pflege wichtigen Bezugswissenschaften jedoch wenig zutreffend (s. Roper 1976a:11ff). Bei ihrer Literaturrecherche traf Roper auf höchst unterschiedliche Definitionen von Pflege. In diesem Zusammenhang fand sie wiederholt Hinweise darauf, dass zentrale patientenbezogene Aufgaben fast vollständig an pflegerisches Hilfspersonal delegiert worden waren. Unabhängig davon wiesen die verschiedenen Definitionen von Pflege und die Ergebnisse diverser Arbeitsstudien⁶ auf das Vorhandensein eines allgemeinen Kerns von Pflege hin. Dieser Kern ist mit höchst unterschiedlichen Begriffen wie ‚*basic nursing*‘⁷, ‚*fundamental nursing*‘, ‚*comprehensive nursing*‘, oder ‚*total patient care*‘ beschrieben worden. Ein anderes Ergebnis war, dass die von

² Die Untersuchung erfolgte auf 31 Stationen in drei Krankenhäusern, in einem Allgemeinen Krankenhaus, einer Frauenklinik, einem Psychiatrischen Krankenhaus sowie in 12 Gemeindedistrikten, alles Einrichtungen, in die eine schottische School of Nursing die Studierenden zum praktischen Einsatz schickte (s. Roper 1976a: VI, Roper et al. 1996a: 19).

³ Nach Newton (1997: 237) wollte Roper in der erwähnten Untersuchung Pflegebedürfnisse ausfindig machen, die allen Patienten unabhängig von der klinischen Diagnose gemeinsam sind. Newton spricht an anderer Stelle nicht von ‚needs‘, sondern von ‚requirements‘, was mit ‚Erfordernis‘ übersetzt werden kann und sich auf einen Zustand oder eine Notwendigkeit bezieht.

⁴ Roper et al. (2000: 4ff) weisen auf die unterschiedlichen Voraussetzungen der Pflege in den USA und in Großbritannien hin. Danach war die Pflege in den USA bezüglich der theoretischen Entwicklung um mindestens zwei Jahrzehnte voraus. Auch wenn die Vorstellungen der amerikanischen Theoretikerinnen von ihren britischen Kolleginnen eher mit Spott bedacht und mit dem Argument abgetan wurden, dass diese Vorstellungen im britischen Kontext nicht funktionieren könnten, machten es die gesellschaftlichen Verhältnisse (demographische Entwicklung, steigende Kosten für Gesundheitsdienstleistungen) erforderlich, neue Wege in der Gesundheitsversorgung zu beschreiten (s. Roper et al. 2000: 3ff). Dies war aber nur ein Teil des Gesamtbildes, vor dem die Entwicklung des RLT-Modells zu sehen ist. Andere Faktoren waren die verbesserten Bildungsmöglichkeiten, die bessere Informiertheit der potenziellen Patienten in Bezug auf Fragen von Gesundheit und Krankheit und die damit einhergehende Verantwortung des Einzelnen für seine eigene Gesundheit. In diesem Zusammenhang waren auch die Aktivitäten der WHO (1987) ‚*Health for all by the Year 2000*‘ von Bedeutung.

⁵ Unter Bezugnahme auf die Definition des ‚*Concise Dictionary*‘ des Begriffs Image, die Roper (1976: 42) im Gegensatz zur Definition von ‚idea‘ im selben Wörterbuch als eine statische betrachtet, setzt sie den Begriff Image unter Anführungszeichen. Sie will damit aufmerksam machen, dass ein ‚image‘ von nursing genauso wie die Definition ‚idea‘ eine aktive geistige Leistung der Interpretation beinhaltet.

⁶ Hierzu zählt u.a. die im Nuffield Provincial Hospital Trust durchgeführte Arbeitsanalyse (s. Roper 1976: 26), auf deren für die Pflege problematische Rezeption Elke Müller (2001a) in ihrer Dissertation eingegangen ist.

⁷ Der Begriff ‚*basic nursing*‘ ist im deutschsprachigen Raum fälschlicherweise mit ‚Grundpflege‘ übersetzt worden (zur Herkunft und Problematik des Begriffs s. bspw. Bartholomeyczik 1997, Müller 2001a, b).

ihr zitierten AutorInnen immer wieder die Wichtigkeit des Urteilsvermögens einer Pflegekraft, ihrer Beobachtungsfähigkeit, ihrer Fähigkeit zum Schlussfolgern sowie ihrer Fähigkeit zum Handeln betonten.

Mit Blick auf die vorliegende Arbeit sind vor allem die Aussagen von Roper zum Image der Pflege in Bezug auf charakteristische Patientenmerkmale interessant. Sie ging diesem Thema nach, weil Soziologen und Psychologen zum einen auf die Bedeutung des ‚Images‘ eines Berufes für die Berufswahl und zum anderen auf die Folgen hingewiesen haben, die ein nicht mit der beruflichen Realität übereinstimmendes Image hat. Roper (1976a: 42) hebt hervor, dass Images Erwartungen erzeugen, die ihrerseits als Bestimmungsgrößen des Handelns aufgefasst werden können. Aus dieser Perspektive konfrontierte sie ihre Daten mit zwei damals konkurrierenden Images, dem des ‚bedside nursing‘ und dem des ‚basic nursing‘. Sie stellte fest, dass beide Begriffe unabhängig davon, ob der Patient bettlägerig war oder nicht, häufig synonym benutzt wurden. Ihr zufolge schien die Funktion des Wortes ‚basic‘ darin zu bestehen, dem Wort Pflege eine *funktionale* anstelle der *örtlichen Orientierung* zu geben. In der Folge fasste sie unter ‚basic nursing‘ eine Pflege, durch die der Patient bzw. Klient von einer Pflegekraft in irgendeiner Aktivität des täglichen Lebens⁸ (ADL) *unterstützt* wird. In diesem Zusammenhang legte sie den Schwerpunkt auf die **Rehabilitation**, die mit dem Beginn der Krankheit oder einer Einschränkung einsetzen und zu einem stetigen Fortschritt des Patienten von einem Zustand relativer Abhängigkeit zu einem Zustand größtmöglicher Unabhängigkeit führen sollte. Aufgrund ihrer Daten kam sie zu dem Ergebnis, dass es erforderlich sei, das Image des ‚*bedside nursing*‘ in Richtung des ‚*basic nursing*‘ im *rehabilitativen Sinn* zu ändern (s. Roper 1976a).

Das von ihr auf der Basis ihrer Erkenntnisse entwickelte Lebens- und Pflegemodell bietet die Möglichkeit, ein Image der Pflege im Sinne des ‚basic nursing‘ zu zeichnen, das sich entschieden von dem traditionellen Verständnis des ‚bedside nursing‘ abhebt. Mit Blick auf die Funktionsweise eines Images könnte ihr Modell dazu beitragen, die wahrgenommenen Diskrepanzen zwischen Image-basierten Erwartungen und den späteren Erfahrungen zu überwinden. Sollte es ferner zutreffen, dass die aus einem Image resultierenden Erwartungen wichtige Bestimmungsfaktoren des Handelns sind, dann sei es möglich, angemessene Handlungsweisen aus einem Image von Pflege abzuleiten, nach dem die berufliche Pflege den Patienten bei der Erreichung einer maximalen Unabhängigkeit unterstützt.

Mit der praktischen Anwendung ihres Modells verband Roper (1976a: 81) die Hoffnung, dass die von den Pflegekräften initiierten pflegerischen Handlungsweisen Wertschätzung erfahren und Prestige erhalten würden. Ihr zufolge beziehen sich viele Menschen auf diese Handlungen, wenn sie von ‚basic nursing‘ sprechen. Einige der von ihr zitierten AutorInnen sahen in dieser Klassifizierung der Pflege als ‚basic nursing‘ auch die Grenzlinie zwischen Pflege und Medizin. Roper problematisierte, dass Forschungsergebnisse zu Tage gefördert haben, dass genau diese Form der Pflege inzwischen an Personal delegiert worden war, das hierfür die geringste Ausbildung hatte und am schlechtesten bezahlt war⁹.

Sie betont indessen die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Wertschätzung bzw. Anerkennung pflegerischer Handlungsweisen aufgrund veränderter Formen der Patientenversorgung¹⁰. Hiernach bestehe eine notwendige und somit obligatorische Fähigkeit einer jeden Pflegekraft bei der Unterstützung des Patienten in der Fähigkeit

⁸ In späteren Veröffentlichungen wird der Begriff ‚activity of daily living‘ (ADL) umgeändert in ‚activity of living‘ (AL), s. Begründung Roper et al. (2000: 82).

⁹ Überspitzt könnte man sagen, dass der beruflichen Pflege ihr Kern abhanden gekommen war, bevor sie ihn überhaupt entwickeln konnte.

¹⁰ Im Zuge dieser Veränderungen kommt es auch zu einer Verlagerung von Tätigkeiten zwischen medizinischem und pflegerischem Bereich (s. Roper 1976a, für die USA bspw. Sandelowski 2000) sowie innerhalb des pflegerischen Bereichs. Nach dem Zweiten Weltkrieg werden in den westlichen Ländern neue Kategorien von Pflegepersonal, d.h. von Hilfskräften eingeführt. In Deutschland wird diese allgemein zu beobachtende Entwicklung mit der Einführung der Ausbildung zur KrankenpflegehelferIn in den 1960er Jahren nachvollzogen (s. auch Harsdorf/Raps 1986: 5).

zur Entscheidungsfindung, einer Fähigkeit, die in der Wirtschaft als wichtiges Kriterium zur Einschätzung des Status und der Bezahlung angewandt werde. Unterschätzt wurde von Roper, dass es sich bei dieser Fähigkeit um eine handelt, die historisch gesehen eher mit der ärztlichen und weniger mit der pflegerischen Tätigkeit assoziiert wird.

Roper sah für ihr Modell sowohl in der Pflegepraxis als auch in der Ausbildung unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten. Für die Ausbildung kam sie zu dem Schluss, dass das medizinische Modell, das sich auf Krankheiten bezieht, unangemessen für eine Pflegeausbildung ist. Der Lehrplan sollte entlang oder um die ADL eines gesunden Menschen in einer gesunden Umwelt herum aufgebaut sein, d.h. es sollte erst der Normalfall und dann erst das davon Abweichende vermittelt werden (s. Roper 1976a: 82). Mit Blick auf die Pflege als Disziplin könne ihr Modell in Analogie zu Wilsons Verständnis von einer Disziplin als einem Gedankengebäude („form of thought“), das einen spezifischen Zugang zum Gegenstand mittels entsprechender Fragen biete, einen Ansatz für eine solche konzeptuelle Struktur der Pflege darstellen. Diese wiederum könne als Basis für die Entwicklung der Pflege dienen. Roper zufolge geht es darum, „Pflege zu denken“. Sollte hierzu ein Wort erforderlich sein, dann würde sie das Wort „nursology“ für die Erforschung der Pflege vorschlagen. Das Subjekt der Pflege ist der Patient (s. Roper 1976a: 83, Roper 1976 b) oder genauer, der zu pflegende Mensch. Im Folgenden werden die verschiedenen Konzepte des RLT-Modells beschrieben.

2.2 DIE EINZELNEN KONZEPTE DES LEBENS- UND PFLEGE MODELLS

Roper/Logan/Tierney (2000: 19) heben hervor, dass es nicht möglich ist, die Komplexität des Lebens in einem Modell zusammenzufassen, das einfach genug und dennoch von Bedeutung wäre. Das von ihnen konstruierte Lebensmodell stellt einen Versuch dar, die wichtigsten Merkmale des hochkomplexen Phänomens *Leben* näher zu bestimmen und die zwischen den verschiedenen Konzepten des Modells bestehenden Beziehungen aufzuzeigen (s. Roper et al. 1985: 19). Sie machen deutlich, dass unser Wissen über das Leben immer noch höchst unvollständig ist, dass uns jedoch die Erkenntnisse der verschiedensten Wissenschaftsdisziplinen wichtige Einsichten geben. Die einzelnen Konzepte des Lebens- und des Pflegemodells sind in Tabelle 2.1 aufgeführt.

Konzepte des Lebensmodells	Konzepte des Pflegemodells
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Aktivitäten des Lebens¹¹ (AL) ▪ Die Lebensspanne ▪ Das Abhängigkeits- / Unabhängigkeitskontinuum ▪ Die die AL beeinflussenden Faktoren <ul style="list-style-type: none"> ➢ biologische¹² ➢ psychische ➢ soziokulturelle ➢ umwelt/umgebungsbezogene ➢ politisch-ökonomische ▪ Einzigartigkeit / Individualität des Lebens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Aktivitäten des Lebens (AL) ▪ Die Lebensspanne ▪ Das Abhängigkeits- / Unabhängigkeitskontinuum ▪ Die die AL beeinflussenden Faktoren <ul style="list-style-type: none"> ➢ biologische ➢ psychische ➢ soziokulturelle ➢ umwelt/umgebungsbezogene ➢ politisch-ökonomische ▪ Eine auf das Individuum bezogene (individualisierte) Pflege

Tab. 2.1: Lebens- und Pflegemodell (s. Roper et al. 1996a: 293)

Roper et al. (1990: 4) sind der Auffassung, dass sich die berufliche Pflege nicht länger einseitig auf das im 20. Jahrhundert etablierte und dominierende Modell der Versorgung kranker Menschen beziehen kann. Sie charakterisieren dieses Modell als krankheits-, bzw. krankenhaus- oder arztorientiert (s. auch Roper et al. 2000: 7). Angesichts der heutigen Erkenntnisse über Phänomene wie Gesundheit und Krankheit greift dieses Modell sowohl

¹¹ Ute Villock, Übersetzerin der deutschen Ausgabe des RLT-Modells (Roper et al. 2002), hat das Konzept „Activity of Living“ mit dem Begriff „Lebensaktivitäten“ übersetzt. In der deutschen Übersetzung des Buchs „Elemente der Krankenpflege“ wird dieses Konzept ebenfalls mit „Lebensaktivitäten“ übersetzt. Ich habe mich für den Begriff „Aktivitäten des Lebens“ entschieden, um mit diesem Begriff das von Roper et al. immer wieder hervorgehobene aktive Moment zu betonen.

¹² In der 4. Auflage sind die physischen Faktoren in biologische Faktoren umbenannt worden.

bezogen auf die Erklärung dieser Phänomene selbst als auch bezogen auf die Erklärung pflegerischer Phänomene zu kurz. Sie begründen dies folgendermaßen:

„Pflegerkräfte und andere an der Gesundheitsversorgung Beteiligte werden sich zunehmend des Zusammenhangs bewusst, dass die Gesundheit der Menschen und die Krankheiten, an denen sie leiden, untrennbar mit ihrer **Lebensweise und den Aktivitäten des Lebens** [Hervorhebung, MMK]) verknüpft sind. [...]

Die Entwicklung in Richtung auf eine „individualisierte Pflege“ erfordert die gebührende Berücksichtigung der jeweiligen Individualität, und nachdem die meisten Menschen eine professionelle Pflege im Verlauf ihres Lebens allenfalls episodisch in Anspruch nehmen, sollte das Ziel der Pflege darin bestehen, die **etablierte Lebensweise** (Hervorhebung, MMK) eines Menschen so wenig wie möglich zu unterbrechen“ (Roper et al. 1985: 63).

Sie stellen die Beziehung zwischen Leben und Pflege her, indem sie ihr Pflegemodell auf dem Lebensmodell aufbauen, was nicht immer erkannt wird (s. Roper et al. 1986: 27, 1996b, 2000)¹³. Dass die berufliche Pflege ihr Handeln am Leben des jeweiligen Menschen zu orientieren habe, begründen sie damit, dass die Menschen ihr Leben im Anschluss an eine professionelle Versorgung und Pflege weiterleben müssten (‘they have to go on living’, Roper et al. 1996a: 33). Aus diesem Umstand leitet sich das von ihnen postulierte Ziel **der geringstmöglichen Unterbrechung bisheriger Gewohnheiten in den Aktivitäten des Lebens (AL)** ab. Dieses Ziel ändert sich, wenn die Situation des Patienten es erfordert und es darum geht, mit einer Situation fertig zu werden bzw. mit einem spezifischen Gesundheitszustand, etwa bei der Aneignung neuer Verhaltensmuster in Bezug auf eine oder mehrere AL oder bei der Bewältigung von Veränderungen in den AL (s. Roper et al. 1996a: 37).

Um die Bedeutung, die der Pflege im Leben eines Menschen zukommt, zu verstehen, ist es sinnvoll, sich zu vergegenwärtigen, dass die Familie diejenige Institution ist, in welcher zuerst auf Zustände von Gesundheit und Krankheit reagiert wird und in welcher pflegerische Fähigkeiten im weitesten Sinn erworben, ausgeübt und vermittelt werden.¹⁴ (s. z.B. Orem 1995/ 1997, 2001). Nach Roper et al. (1980: 4)¹⁵ werde seitens der beruflichen Pflege zunehmend die Notwendigkeit gesehen,

- Gesundheit zu erhalten
- Krankheit zu verhüten
- Selbsthilfe zu fördern
- auf eine entsprechend seinen Fähigkeiten maximale Unabhängigkeit des Patienten hinzuwirken (Roper et al. 1980: 4).

Roper/Logan/Tierney (1980, 1985, 1990 und 1996a) betrachten ihr Lebensmodell und das davon abgeleitete Pflegemodell vor allem als einen **Bezugsrahmen** für die Aufgaben einer Pflegekraft, die im Zusammenhang mit den AL des jeweiligen Patienten stehen und in den sogenannten unabhängigen Bereich der Pflege fallen und somit von der Pflegekraft eigenständig initiiert werden können. Die Aufgabe der beruflichen Pflege bestehe darin,

„helping people to prevent, alleviate or solve or cope with those problems related to Activities of Living which are amenable to nursing“. („den Menschen dabei zu helfen, jene mit den Aktivitäten des Lebens zusammenhängenden Probleme, die der Pflege zugänglich sind, abzuwenden, zu lindern, zu lösen oder zu bewältigen.“ (Roper et al. 1996b: 294).

Ihrem Pflegemodell liegen die nachstehenden Annahmen zugrunde:

1. „Das Leben kann als Amalgam der Aktivitäten des Lebens beschrieben werden.
2. Wie die AL vom Einzelnen ausgeführt werden, kennzeichnet seine Individualität.
3. Der Einzelne erfährt in allen Phasen der Lebensspanne Wertschätzung.

¹³ M.E. unterschätzen sie, dass die von ihnen geforderte veränderte Sichtweise auf die Pflege nicht nur von den Berufsangehörigen zu vollziehen ist, sondern auch vom jeweiligen Betrieb sowie auf gesellschaftlicher Ebene. Die Entwicklungen seit den 1970er Jahren zeigen allerdings, dass wir hiervon noch meilenweit entfernt sind.

¹⁴ Auf die anthropologische Bedeutung der Pflege für das menschliche Überleben und für die Existenz menschlicher Gesellschaften hat Rohde (1974) schon vor mehr als vierzig Jahren implizit hingewiesen, ohne dies im Detail auszuarbeiten (s. auch Kap. 4).

¹⁵ Roper et al. (1996a: 6) verweisen in diesem Zusammenhang auf das Programm der WHO ‘Health for All by the Year 2000’.

4. Mit Blick auf die Lebensspanne tendiert der Mensch bis zum Erwachsenenalter dahin, in den AL immer unabhängiger zu werden.
5. Obwohl Unabhängigkeit in den AL wertgeschätzt wird, sollte die Abhängigkeit eines Menschen von anderen nicht zum Verlust seiner Würde führen.
6. Das Wissen eines Menschen, seine Einstellung und sein Verhalten in den AL werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die ganz allgemein als biologische, psychologische, soziokulturelle, umgebungsbezogene, politisch-ökonomische Faktoren kategorisiert werden können.
7. Die Art und Weise, wie ein Mensch die AL ausführt, kann innerhalb einer Spannweite der Möglichkeiten des Menschen schwanken.
8. Wenn der Mensch ‚krank‘ ist, können Probleme in den AL (aktuelle oder potenzielle) auftreten.
9. Während ihres Lebens (Lebensspanne) erfahren die Menschen bedeutsame Lebensereignisse, die sich in der einen oder anderen Weise auf die AL auswirken und zu (aktuellen oder potenziellen) Problemen führen können.
10. Das Konzept ‚potenzielle Probleme‘ beinhaltet die Förderung und Aufrechterhaltung von Gesundheit sowie die Prävention von Krankheit; es bestimmt die gesundheitserzieherische Rolle der professionellen Pflegekraft auch in stationären Einrichtungen.
11. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung gehen die Pflegekraft und der Patient/Klient eine professionelle (Arbeits-)Beziehung ein, in der der Patient, wann immer möglich, ein autonomer, urteilsfähiger Mensch bleibt.
12. Die Pflegekräfte sind Teil eines multiprofessionellen Gesundheitsteams. Sie arbeiten zum Wohl des Patienten und im Interesse eines ‚gesunden Gemeinwesens‘ partnerschaftlich mit anderen Berufsgruppen zusammen.
13. Die spezifische Aufgabe der Pflege besteht in der Unterstützung des Einzelnen bei der Prävention, Linderung oder Lösung bzw. Bewältigung von (aktuellen oder potenziellen) Problemen im Zusammenhang mit den AL“ (Roper et al. 1990: 36f, 1996a: 34f, 1996b: 303f, 2000: 79f).

Im Mittelpunkt des Lebens- und Pflegemodells stehen immer wieder die **AL**. Dies macht deutlich, dass die berufliche Pflege eine auf **menschliches Handeln bezogene Arbeit** ist. Das Handeln des Menschen, welches sowohl dazu dient, *das eigene Leben, als auch dasjenige anderer Menschen aufrechtzuerhalten*, ist hier von zentraler Bedeutung, wohingegen Gesundheit und Krankheit in diesem Zusammenhang vor allem Phänomene sind, die sich auf das menschliche Handeln auswirken.

2.2.1 DAS KONZEPT DER ‚AKTIVITÄTEN DES LEBENS‘ (AL)

Der Begriff der **AL** wird von Roper et al. (1980: 17; 2000: 15f) in umfassendem Sinn verwendet. Jede AL weist eine Vielfalt von Dimensionen auf und besteht aus einer Anzahl unterschiedlicher Aktivitäten. In ihrem ursprünglichen Modell (s. Roper 1976a: 75ff) konzeptualisiert Roper den lebenden Menschen als eine Person, die mit Blick auf die Lebensspanne bei vier Gruppen von Aktivitäten auf Hilfe angewiesen ist bzw. auf ihre Weise daran partizipiert. Dieser Gedanke mündet dann in die erste Veröffentlichung des RLT-Modells (s. Roper et al. 1980: 21). Neben den zur Gruppe der AL zählenden Aktivitäten erwähnen sie die nachfolgenden drei Gruppen bzw. Typen von Aktivitäten:

- Präventive Aktivitäten, wie z.B. das Händewaschen vor dem Essen. Diese Aktivitäten versteht Roper (1976a: 77f, 1976b: 221) als solche, die den Menschen darin unterstützen, in den AL so wenig wie möglich von anderen abhängig zu sein. Ein Schwerpunkt liegt hier auf der Gesundheitserziehung.
- Aktivitäten, die ermutigen, trösten und zum Wohlbefinden¹⁶ beitragen. Hier geht es vor allem darum, den Menschen bei der Erreichung eines maximalen physischen Wohlbefindens zu unterstützen, und in einem zweiten Schritt darum, seine Fähigkeit der Bewältigung von physischen, geistigen und seelischen Indispositionen zu fördern.
- Erkundende, suchende oder erforschende Aktivitäten, z.B. sich Wissen aneignen. Diese Aktivitäten können dazu führen, dass der betreffende Mensch, gezielt die Hilfe eines Arztes sucht oder gezielt professionelle Pflege nachfragt. Sie tragen zu einer möglichst geringen Abhängigkeit von anderen bei (s. Roper 1976a: 75; 1976b: 222, Roper et al. 1980: 21, 63).

Die in die Gruppen der ‚präventiven Aktivitäten‘ und der ‚suchenden Aktivitäten‘ fallenden Handlungsweisen tragen zur einer möglichst geringen Abhängigkeit des Menschen bei, wohingegen die in die Gruppe der zum

¹⁶ Die hierunter fallenden Aktivitäten können zusammengefasst als Handlungsweisen verstanden werden, die ganz allgemein zum Wohlbefinden eines Menschen/Patienten beitragen (s. auch Morse/ Johnson 1991). Diese Aktivitäten verweisen auch auf das seit den 1990er Jahren stark rezipierte und kontrovers diskutierte Konzept ‚caring‘.

Wohlbefinden beitragenden Aktivitäten so konzeptualisiert sind, dass sie eine maximale Unabhängigkeit des Menschen unterstützen. Im Pflegemodell wird die Pflege als aus vier Teilbereichen im Sinne von Handlungskomplexen bestehend konzipiert. Diese Bereiche und das entsprechende pflegerische Handeln leiten sich aus den o.g. vier Gruppen von Aktivitäten ab. Mit Blick auf die in dieser Arbeit interessierenden Konzepte des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds tragen die präventiven Aktivitäten u.a. dazu bei, den Verlust der menschlichen Würde und Identität zu vermeiden (s. Roper 1976a: 79, 1976 b: 223). Die Handlungskomplexe ‚präventive Aktivitäten‘ und ‚zum Wohlbefinden beitragende Aktivitäten‘ werden in den nachfolgenden Fassungen des RLT-Modells nicht mehr erwähnt. Sie werden stattdessen in die Zielsetzung der Pflege integriert (s. unten). Der pflegerische Teilbereich ‚suchende Aktivitäten‘ wird im Pflegemodell als medizinisch verschriebener Teilbereich (s. auch Roper 1976b: 223, Lister 1991) und in der ersten Auflage des RLT-Modells (1980) als abhängiger Bereich der Pflege beschrieben. Dieser Handlungskomplex bezeichnet innerhalb des Pflegemodells denjenigen Aufgabenbereich einer Pflegekraft, in dem sie auf Anordnung des Arztes oder anderer Gesundheitsberufe tätig wird, bzw. die damit verbundenen Aufgaben fortsetzt, überwacht etc. (s. Roper 1976a, 1976b, Roper et al. 1980: 62f, s. auch Pearson/Vaughan 1986: 57, Watkins 1987: 56f, Binnie 1987: 86, Aggleton/Chalmers 1986: 32, Newton 1997: 51). Aggleton/Chalmers (2000: 48) sehen in den o. g. Aktivitäten solche, die sowohl von den zu pflegenden Menschen selbst (im Sinne der Selbstpflege-Handlungskompetenz) wahrgenommen werden als auch von denen, die andere Menschen pflegen.

In dem Konzept der **AL** fassen Roper et al. die zwölf von ihnen identifizierten AL zusammen:

1. Für eine sichere Umgebung sorgen (Maintaining a safe environment)
2. Kommunizieren (Communicating)
3. Atmen (Breathing)
4. Essen und trinken (Eating & drinking)
5. Ausscheiden (Eliminating)
6. Für die persönliche Hygiene sorgen und sich kleiden (Personal cleansing & dressing)
7. Die Körpertemperatur regulieren (Controlling body temperature)
8. Sich bewegen (Mobilizing)
9. Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen (Working & playing)¹⁷
10. Seine Geschlechtlichkeit leben (Expressing sexuality)
11. Schlafen (Sleeping)
12. Sterben (Dying).

Die Art und Weise, wie der Mensch die ‚AL‘ ausführt, zeigt, wie er sich im Prozess des Lebens engagiert. Als solcher steht er im Mittelpunkt des RLT-Modells. Pearson/Vaughan (1986: 56) fassen die dahinterstehende Idee wie folgt zusammen:

„Basically, man is envisaged as carrying out various activities during a life span from conception to death. His main objective is to attain self-fulfilment and maximum independence in each activity of daily living with the limitations set by his particular circumstances. He also carries out many activities of a preventing, comforting and seeking nature and he appropriately alters priorities among the activities of daily living. In these ways, the individual endeavours to be healthy and independent in the process of living“.

Die berufliche Pflege wird erst dann erforderlich, wenn der Mensch eine oder mehrere der Aktivitäten nicht mehr unabhängig ausüben kann und seine Familienangehörigen oder soziale Bezugsgruppe nicht in der Lage sind, sicherzustellen, dass die AL ausgeführt werden. Konkret geht es um die Unterstützung und Hilfe des Menschen bei der Prävention, Linderung, Lösung oder positiven Bewältigung von aktuellen oder potenziellen Problemen im Zusammenhang mit den AL (s. Roper et al. 1985: 65, 1996a: 35, Pearson/Vaughan 1986: 56f, Aggle-

¹⁷ Den Begriff ‚Arbeit‘ verwenden Roper et al. (2000: 41f) in einem umfassenden Sinn. Ihn nur auf Erwerbsarbeit zu reduzieren, würde die Intention der Autorinnen verfehlen. Mit Blick auf die handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells ist dies wichtig, da hierbei alle Formen von Arbeit – z.B. Erwerbsarbeit wie Reproduktionsarbeit – zu berücksichtigen sind. Unter den Begriff ‚Spielen‘ (playing) fassen sie alle Aktivitäten, die ein Mensch unternimmt, wenn er nicht arbeitet, d.h. wenn er einem Hobby nachgeht, Sport ausübt etc. Mit Blick auf Kinder weisen sie auf die Bedeutung des Spiels für die Entwicklung des Kindes und für das Lernen hin.

ton/Chalmers 2000: 45). An anderer Stelle nennen sie sechs Ziele der Pflege in Hinblick auf das zentrale Konzept der AL. Diese Ziele bestehen darin,

1. zu verhindern, dass erkannte potenzielle Probleme im Zusammenhang mit den AL zu aktuellen Problemen werden
2. identifizierte aktuelle Probleme zu lösen
3. nach Möglichkeit jene Probleme zu lindern, die nicht gelöst werden können
4. den Menschen darin zu unterstützen, positiv mit Problemen umzugehen, die weder gelöst noch gelindert werden können
5. zu verhüten, dass ein gelöstes Problem erneut auftritt
6. dem Menschen zu helfen, sich so wohl wie möglich zu fühlen und möglichst schmerzfrei zu sein und so, auch angesichts der Unvermeidlichkeit des Todes zur größtmöglichen Lebensqualität beizutragen (Roper et al. 2000: 81f).

Das Konzept der ‚AL‘ erinnert an die ‚vierzehn Bestandteile einer grundlegenden pflegerischen Versorgung‘ (components of basic nursing care) von Virginia Henderson. Der Einfluss von Henderson auf ihre Arbeit wird von Roper/Logan/Tierney nicht bestritten (s. auch unter 3.1.2). Sie betonen jedoch, dass sie den Begriff ‚Aktivitäten‘ und das Konzept der ‚AL‘ anders als Henderson verwenden. Der Unterschied zwischen Hendersons Verständnis von Pflege und dem Konzept der ‚AL‘ wird in vielen Publikationen (z.B. Newton 1997: 30ff) nicht klar genug herausgearbeitet, obwohl Roper et al. immer wieder darauf aufmerksam machen. Dies hat zu Missverständnissen geführt und insbesondere zu der Einschätzung, dass die AL lediglich ein anderer Ausdruck für das Konzept ‚menschliche Bedürfnisse‘ (human needs) sei. Eine Folge dieser verzerrten Wahrnehmung des zentralen Konzepts von Roper et al. ist, dass die Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten des Modells nicht entdeckt werden. Kritisch ist anzumerken, dass Roper et al. selbst hier wenig zur Klärung beitragen. Sie weisen lediglich darauf hin, dass einige AL schon als Begriffe bei Henderson auftauchen, andere Aktivitäten wie z.B. ‚seine Geschlechtlichkeit leben‘ aber erst im Lebens- und Pflegemodell berücksichtigt werden, da sie integraler Bestandteil des Lebens und somit für die Pflege von Relevanz seien (s. Roper et al. 1985: 65, 1990: 38, 1996a: 36, 2000: 44ff).

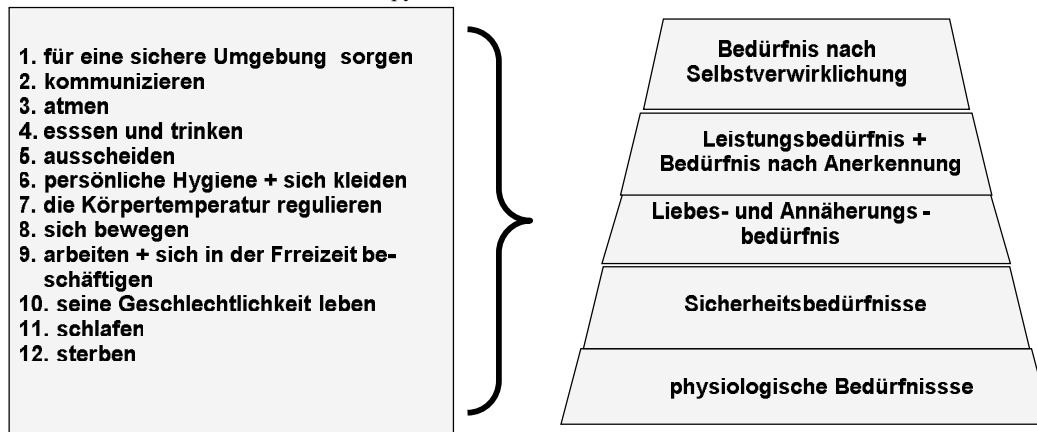
Roper et al. argumentieren, dass die ‚AL‘ anders als etwa die Bedürfnisse¹⁸ für einen Dritten und damit für die Pflegekraft beobachtbar sind. Sie haben den Begriff ‚Aktivitäten des Lebens‘ dem der ‚Bedürfnisse‘ und der ‚menschlichen Bedürfnisse‘ (Hierarchie der Bedürfnisse) vorgezogen, der auf Maslows Analyse der menschlichen Motivation basiert. Sie begründen dies damit, dass der Begriff ‚Aktivitäten des Lebens‘ umfassender ist und die Verhaltensweisen des Menschen, mithin das menschliche Handeln beschreibt. Während die Bedürfnisse eines Menschen einem anderen Menschen nicht ohne weiteres zugänglich sind, ist es durchaus möglich, das Verhalten und Handeln eines Menschen in Bezug auf die einzelnen AL zu beobachten und bis zu einem gewissen Grad objektiv zu erfassen (s. Roper et al. 1996b: 295, Roper et al. 2000: 82f). Das menschliche Verhalten und Handeln ist u.a. auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse gerichtet, insofern besteht ein Zusammenhang zwischen den Aktivitäten/dem menschlichen Handeln und den menschlichen Bedürfnissen bzw. der Motivation eines Menschen. Die Bedürfnisse eines Menschen, seine Motivation, kommen im Handeln des Menschen, also in den einzelnen Aktivitäten zum Ausdruck (s. Roper et al. 1983c: 43).

Darüber hinaus weist der Begriff ‚Aktivitäten‘ auf das aktive Element und das dynamische Wesen der einzelnen Aktivitäten hin (s. auch Roper 1994a, b). Es muss immer wieder betont werden, dass die Aktivitäten stets im Zusammenhang mit den anderen Konzepten des Lebens- und Pflegemodells - dem der Lebensspanne, dem des Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuums, dem der die AL beeinflussenden Faktoren sowie mit dem Konzept der Einzigartigkeit jedes Lebewesens bzw. der individualisierten Pflege -, zu sehen sind. Eine weitere Begrün-

¹⁸ Sie verweisen darauf, dass das Konzept ‚basic human needs‘ in der Pflege unter Bezugnahme auf Maslows Bedürfnishierarchie gerne verwendet wird. Ihnen zufolge reicht Maslows Hierarchie menschlicher Bedürfnisse zur Erklärung pflegerischer Phänomene allein nicht aus. Er unterstellt einen gesunden Menschen, wohingegen die Pflegekraft mit gesunden wie kranken Menschen konfrontiert wird.

derung für die Verwendung des Begriffs ‚Aktivitäten‘ anstelle des Begriffs ‚Bedürfnisse‘ besteht für Roper (1976a: 77, 1976b: 221) darin, dass der erstere Begriff - auch wenn der Patient bei der Ausführung Unterstützung benötigt - eine positive Konnotation hat, wohingegen der zweite Begriff mit einer negativen Konnotation verbunden ist. Der Begriff ‚Aktivitäten‘ verweist sowohl auf das, was der Patient im Zusammenhang mit einer Aktivität kann, als auch darauf, wie weit er in der Ausübung dieser Aktivität eingeschränkt ist. Mit diesem Konzept werden seine Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, aber auch seine Einstellung, Haltung etc. erfasst. All dieses gerät bei einer Gleichsetzung der Begriffe ‚Aktivitäten‘ und ‚Bedürfnisse‘ aus dem Blick!¹⁹. In der Abbildung 2.1 sind die AL und die Bedürfnispyramide einander gegenübergestellt.

Abb.2.1 AL und Maslowsche Bedürfnispyramide



Der Begriff ‚Aktivitäten‘ wird in einem umfassenden Sinn verwendet. Er ist ein Ober- oder Sammelbegriff. Die einzelnen ‚Aktivitäten‘ im Sinne eines Verhaltens- oder auch Handlungsmusters weisen eine Reihe von Dimensionen auf. Sie sind charakterisiert durch eine Anzahl spezifischer Einzelaktivitäten oder Handlungen, die sich in einem für das Individuum charakteristischen Handlungsmuster niederschlagen. Weiter stehen die einzelnen ‚Aktivitäten‘ untereinander in engem Zusammenhang. Probleme bei einer Aktivität führen häufig zu Problemen bzw. Beeinträchtigungen bei anderen Aktivitäten, oder, positiv gewendet, kann ein Bedarf an Unterstützung oder Hilfe in einer Aktivität infolge einer veränderten Situation einen entsprechenden Bedarf in anderen Aktivitäten nach sich ziehen. Im Gegensatz zu der Bedürfnishierarchie von Maslow behaupten Roper et al., dass alle Aktivitäten für das Leben wichtig sind. Sie messen der Aktivität ‚Atmen‘ unabhängig von der jeweiligen Situation des betreffenden Menschen höchste Priorität zu, da sie für das Überleben des Menschen unabdingbar ist. Welche *Priorität* einzelnen Aktivitäten zukommt, ist situationsabhängig. Sie kann sich je nach den Umständen ändern. Aktivitäten, die dem **Überleben** und der **Sicherheit** dienen, sind allgemein wichtiger als alle anderen (s. Roper et al. 2000: 84). Für die berufliche Pflege, so Roper/Logan/Tierney (1985: 65), sind alle Aktivitäten von *Relevanz*. Dies muss aber nicht unbedingt für den einzelnen Patienten der Fall sein. Bei einem Patienten sind bestimmte Aktivitäten für sein Wohlbefinden wichtiger als beim anderen. Die Pflegekräfte müssen sich Roper et al. (1996a: 36, 2000: 84f) zufolge darüber im Klaren sein, dass unterschiedliche Umstände wechselnde Prioritäten in den AL zur Folge haben können. Dies muss in der klinischen Entscheidung bezüglich der Bedeutung, die ein bestimmter Patient einzelnen AL beimisst, berücksichtigt werden. So kann es sein, dass eine oder mehrere AL bei der Pflege eines bestimmten Menschen keine Rolle oder nur zu einem bestimmten Zeitpunkt seines Krankenhausaufenthalts oder in der Pflegekraft-Patient-Beziehung eine Rolle spielen. Im Zusammenhang mit der Dokumentation oder der Planung der Pflege und im Zusammenhang mit veränderten Versorgungsformen (Kurzzeit-

¹⁹ Oehmen (1999: 23f) kommt aufgrund einer Literaturrecherche zu dem Ergebnis, dass der Zusammenhang zwischen Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten sowohl der zu Pflegenden als auch der zu pflegenden Angehörigen multidimensional und aus Sicht der Pflege bislang unzureichend erforscht ist. Auch Grün (1998) weist auf die Problematik und die bisher unzureichende Konzeptualisierung des Bedürfnisbegriffs im Allgemeinen und insbesondere mit Blick auf pflegewissenschaftliche Untersuchungen hin. Powers (1999, 2006) und Fortin (1999, 2006) haben sich mit diesem Thema näher beschäftigt.

versorgung, ambulante OPs etc.) wird es immer wichtiger, ein Gespür dafür auszubilden, welche Aktivitäten des Lebens für die Pflege eines Patienten relevant sind und welche nicht (s. Roper 1996b: 297).

Weiter erwähnen sie, dass es nicht einfach war, passende Bezeichnungen für die einzelnen Aktivitäten zu finden. Es ging ihnen um umfassende und für die Pflegekräfte sowie für die Patienten gleichermaßen verständliche Begriffe (s. auch Roper et al. 1996b: 296). Das mit den Aktivitäten des Lebens befasste pflegerische Handeln besteht ganz allgemein in der Hilfe und Unterstützung eines Patienten durch eine andere Person im Zusammenhang mit diesen Aktivitäten. Der Bedarf an Pflege oder die Probleme, die eine Pflege durch andere Menschen – seien es Professionelle oder Laien –, erforderlich machen, können unterschiedliche Ursachen haben oder unterschiedlichen Umständen geschuldet sein und dementsprechend unterschiedliche Formen der Hilfe oder Unterstützung erfordern. Die aktuellen und potenziellen Probleme der Patienten können je nach ihren Ursachen bzw. den Umständen verschiedenen Kategorien zugeordnet werden:

- Probleme als Folge der Änderung der Umgebung und Routine (z.B. Ortswechsel)
- Probleme, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung eine Änderung von Gewohnheiten oder der Art und Weise, wie eine AL ausgeübt wird, nach sich ziehen
- Probleme als Konsequenz einer Änderung im Abhängigkeits-/ Unabhängigkeitsstatus
- Probleme infolge von Unwohlsein in Zusammenhang mit den AL (Roper et al. 1985: 65).

Die Auseinandersetzung der Pflegekräfte mit dem Konzept der ‚Aktivitäten des Lebens‘ ermöglicht es ihnen, etwas über die jeweiligen **täglichen Gewohnheiten, Verhaltens- und Handlungsmuster eines Menschen** zu erfahren. Roper et al. gehen davon aus, dass die persönlichen Besonderheiten eines Patienten in der Pflege im Rahmen der institutionellen Möglichkeiten erst dann berücksichtigt werden können, wenn die Pflegekräfte Kenntnisse bzw. Wissen darüber haben, wie sich die Patienten im Alltag zurechtfinden und diesen gestalten. Pflegekräfte benötigen Informationen darüber, wie die von ihnen zu pflegenden Patienten ihr Leben meistern. Bezogen auf den einzelnen Menschen bedeutet dies, dass die Art und Weise, wie er sich mit den AL befasst, davon abhängig ist:

- in welcher Phase der Lebensspanne er sich befindet
- welcher Grad von Abhängigkeit/Unabhängigkeit bei ihm vorliegt, und wie weit er in der Lage ist, positiv mit Abhängigkeit umzugehen
- welche Faktoren die individuelle Lebensweise beeinflusst haben und beeinflussen (biologische²⁰, psychologische, soziokulturelle etc.) (Roper et al. 1996a: 37).

Damit sind die weiteren Konzepte des Lebens- und Pflegemodells bis auf das Konzept der Einzigartigkeit jedes Lebewesens und das Konzept der individualisierten Pflege benannt. Bevor auf die einzelnen Konzepte eingegangen wird, soll in einem Exkurs der Unterschied zwischen Hendersons Ansatz und dem Konzept der ‚Aktivitäten des Lebens‘ im RLT-Modell herausgearbeitet werden.

2.2.2 EXKURS I: DIE VIERZEHN GRUNDLEGENDEN KOMPONENTEN DER PFLEGE BEI VIRGINIA HENDERSON

Der Einfluss von Virginia Henderson auf das im RLT-Modell genannte Konzept der ‚AL‘, aber auch auf die anderen Konzepte des Modells, ist nicht zu übersehen²¹. Henderson hat ihre Vorstellungen von Pflege in dem in mehreren Auflagen erschienenen Buch ‚*Textbook of the Principles and Practice of Nursing*‘ sowie in dem Buch ‚*The Nature of Nursing*‘ ausgeführt. Weiter hat sie ihre Gedanken im Auftrag des International Council of Nursing (ICN) in der Schrift ‚*Basic Principles of Nursing Care*‘²² zusammengefasst. Hier findet sich auch

²⁰ In der 4. Auflage sind die physischen Faktoren in biologische Faktoren umbenannt worden.

²¹ Statt von einem Einfluss könnte hier auch von einer gewissen Ähnlichkeit der Konzepte gesprochen werden.

²² Die deutsche Übersetzung von Edith Fischer heißt: „Grundregeln der Krankenpflege“. Hier findet sich auch der inzwischen höchst umstrittene Begriff ‚Grundpflege‘ (s. kritisch hierzu Elke Müller 2001a). Der Originalbegriff ‚basic nursing care‘ ist m. E. zutreffender mit ‚grundlegend oder essentiell erforderliche pflegerische Versorgung‘ zu übersetzen. Die Übersetzung von Fischer entspricht in vielen Passagen nicht dem, was Henderson zum Ausdruck bringen wollte. Dies wird erst nach Kenntnis der Originalarbeiten von Henderson deutlich.

Hendersons bekannte Definition der Pflege und der daraus abgeleiteten Funktion der Pflege (s. unten). Henderson hat die vierte (1939/1943) und fünfte Auflage (1955) des zunächst von Bertha Harmer²³ (1922, 1936) allein herausgegebenen *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* verantwortet und die sechste, 1978 erschienene Auflage, zusammen mit Gladys Nite herausgegeben. Das Buch von Bertha Harmer²⁴ hat den Grundstein für die weitere Arbeit von Henderson und für ihr Verständnis von Pflege gelegt. Harmer (1922: 3) beschreibt den Gegenstand der Pflege (what it is and what it includes) wie folgt:

„Nursing is rooted in the needs of humanity and is founded on the ideal of service. Its object is not only to cure the sick and heal the wounded but to bring health and ease, rest and comfort to mind and body, to shelter, nourish, and protect and to minister to all those who are helpless or handicapped, young, aged or immature.

Der Begriff ‚needs‘ im Zusammenhang mit Pflege geht auf Harmer zurück. Er ist bei ihr noch sehr allgemein gefasst und immer auf das anzustrebende Ziel der beruflichen Pflege bezogen, welches darin besteht:

„[...] to prevent disease and to preserve health. Nursing is therefore linked with every social agency which strives for the prevention of disease and the preservation of health. The nurse finds herself not only concerned with the care of the individual but the health of a people. Her influence is spreading far and wide and deep into the hearts and problems of the people” (Harmer 1922: 3).

Die beiden Ziele der beruflichen Pflege, ‚Prävention von Krankheit‘ und ‚Bewahren von Gesundheit‘ werden in der dritten Auflage um das Ziel ‚Heilen von Krankheit und Wiederherstellen von Gesundheit‘ (Harmer 1936: 4) erweitert. Diese drei Ziele bedingen sich gegenseitig und können eigentlich nicht getrennt betrachtet werden. Hinsichtlich dieser Ziele bestehen wichtige pflegerische Aufgaben in der Durchführung von Maßnahmen zur Hygiene und in der ‚Erziehung zur Gesundheit‘. Harmer (1936: 11f) versteht die berufliche Pflege als eine für den individuellen Patienten bzw. für die Familie oder für die Kommune zu erbringende Dienstleistung (vice²⁵). An diese Vorstellung knüpft Henderson an. Sie begreift die berufliche Pflege als eine auf gesunde, beeinträchtigte und kranke Menschen bezogene Dienstleistung, die darin besteht dem Einzelnen (dem Individuum) zu helfen,

„[...] to attain or maintain a healthy state of mind or body; or, where a return to health is not possible, the relief of pain and discomfort (Harmer/Henderson 1939/1943: 2).

Henderson (1978: 9f) macht darauf aufmerksam, dass die pflegerische Dienstleistung in ihrer institutionalisierten Form von der medizinischen Technologie dominiert wird, dass sich ungeachtet dessen die pflegerische Dienstleistung als Ganzes jedoch aus den

„[...] universal human needs of the very young, the helpless and the sick”

ableitet. Sie betrachtet die Pflege als eine intime (vertrauensvolle), anspruchsvolle und zugleich außerordentlich lohnende Dienstleistung. Ausgangspunkt und Ziel dieser Dienstleistung ist die Gesundheit des jeweiligen Menschen. Welchen Stellenwert der Gesundheit beigemessen wird, hängt zum einen von der gesellschaftlichen Wertschätzung und zum anderen davon ab, ob die Menschen gesund sein wollen. Henderson schreibt:

“Healthy habits must be acquired, and the earlier in life the better, for unhealthy habits are hard to break. The single most important condition in promoting health is that the individual wants to be healthy (Henderson/Nite 1978: 9).

Ausgehend von der Vorstellung, dass Menschen eine gesunde Lebensweise anstreben, definiert Henderson die Pflege mit einigen sprachlichen Variationen in den verschiedenen Arbeiten folgendermaßen:

²³ Harmers Textbuch hat drei von ihr selbstverantwortete Auflagen erfahren. Die erste Auflage erschien 1922, die zweite 1928 und die dritte 1934, danach wurde das Textbuch von Virginia Henderson weiter herausgegeben. Bei der vierten Auflage (1939) wird Harmer noch als Erstautorin genannt, bei der fünften erscheint sie nur noch als Koautor und bei der sechsten Auflage (1978) erscheinen Henderson und Gladys Nite als Autorinnen (s. Boschma et al. 2009).

²⁴ Bertha Harmer starb 1934. Henderson hat Harmer nie persönlich getroffen (s. hierzu: Halloran 1995: XV)

²⁵ Eine Bedeutung des Begriffs ‚service‘ ist Dienst.

“[...] Nursing is primarily assisting the individual²⁶ (sick or well) in the performance of those activities contributing to health, or its recovery (or to a peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge. It is likewise the unique contribution of nursing to help the individual to be independent of such assistance as soon as possible“ (Henderson/Nite 1978: 34).

Aus dieser Definition kann auch die einzigartige Funktion der Pflegekräfte abgeleitet werden, die darin besteht:

“To help people²⁷, sick or well, in the performance of those activities contributing to health, or its recovery (or to a peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge. It is likewise her function to help the individual gain independence as rapidly as possible“ (Henderson/Nite 1978: 34).

In dieser Definition ist das Verständnis ihres Konzepts von der ‘Pflegekraft’ (nurse) enthalten. Die berufliche Pflegekraft übernimmt die temporäre Funktion eines ‚Ersatzes für etwas‘, der ‚Kompensation‘ oder ‚Ergänzung von etwas‘, das der Patient bzw. Klient benötigt, um sich als ‚vollständig‘, ‚ganz‘ oder ‚unabhängig‘ zu erleben. Dieser Bedarf kann sich in verschiedenen Bereichen des menschlichen Handelns bemerkbar machen und zwar:

- in der physischen Stärke/Kraft
- im Willen
- im Wissen.

Dieses Konzept spiegelt sich auch im primären Verantwortungsbereich der Pflegekraft wider, den Henderson (1978: 36) darin sieht, Menschen bei der Ausübung ihrer täglichen Lebensweise (daily patterns of living) zu helfen oder in der Befolgung von Aktivitäten, die diese normalerweise ohne Hilfe ausführen, wie atmen, essen, ausscheiden, sich ausruhen, schlafen und seinen Körper reinigen, ihn warm halten und sich entsprechend kleiden. Darüber hinaus kümmert sie sich auch um jene Aktivitäten, die das menschliche Leben über den rein vegetativen Prozess hinausheben, wie es etwa die Pflege sozialer Beziehungen ist oder das Befolgen bzw. Einhalten ihres Gesundheitsprogramms, die sie bei entsprechender Kraft oder Wissen auch ohne Hilfe durchführen würden (Henderson/Nite 1978: 36). Der pflegerische Verantwortungsbereich bezieht sich nach Henderson ebenso auf die ‚Aktivitäten des Lebens‘ wie auf ihr Konzept von der Funktion einer Pflegekraft, als ‚Ersatz‘ für den Patienten tätig zu werden bzw. sein Handeln durch pflegerische Aktivitäten zu kompensieren oder zu ergänzen. Dieses Konzept könnte als ein begrenztes aufgefasst werden. Dass es sich hier aber um ein überaus anspruchsvolles Konzept handelt und dass die Pflege eine der komplexesten Dienstleistungen überhaupt ist, zeigt sich an der Notwendigkeit, den Bedarf des Einzelnen an stündlicher Pflege, an Ermunterung und Anleitung kontinuierlich einzuschätzen. Um beispielsweise als Ersatz für etwas handeln zu können, muss die Pflegekraft wissen, was, in welchem Umfang und wie sie etwas ersetzen soll. Auf den ersten Blick scheinen viele Tätigkeiten im Rahmen der pflegerischen Dienstleistung einfacher Natur zu sein. Dieser Eindruck ist trügerisch und zugleich falsch²⁸, denn dort, wo das pflegerische Handeln bzw. die damit verbundenen Tätigkeiten auf die spezifischen Erfordernisse eines einzelnen Patienten abgestimmt werden müssen, werden sie zu höchst komplexen Tätigkeiten (Harmer/Henderson 1955: 5). Dieses ist u. a. auch dem Umstand geschuldet, dass die Erfordernisse des Patienten einem ständigen Wandel unterliegen, was wiederum eine kontinuierliche Anpassung des pflegerischen Handelns erfordert (Henderson/Nite 1978: 59f).

Mit Blick auf die Verwendung des Begriffs ‚needs‘ unterscheidet Henderson (1978: 578) zwischen ‚health problems‘ und ‚nursing needs‘. Sie schreibt:

A health problem has been defined as an interruption in the individual’s ability to meet a need, and *a nursing need* has been defined as whatever the person requires in knowledge, will, or strength to perform his daily activities and to carry out treatments prescribed for him or her, or as a ‚requirement of the patient which,

²⁶ Anstelle von ‚assisting‘ spricht sie in der fünften Auflage von ‚helping‘ (s. Harmer/Henderson 1955: 4).

²⁷ In der fünften Auflage heißt es hier: ‚to assist the individual‘ (s. Harmer/Henderson 1955: 5).

²⁸ Die Vorstellung von der Pflege als einer einfachen Tätigkeit ist höchst problematisch. Nachdem heutzutage viel Wert auf ‚Unabhängigkeit‘ und ‚Individualität‘ gelegt wird, ist vorstellbar, dass gerade Menschen, die das Phänomen der Abhängigkeit für sich verachten oder die Schwierigkeiten mit Veränderungen in ihrem Leben haben, den Pflegekräften sehr viel Einlassung im Sinne entsprechender inter- und intrapersonaler Fähigkeiten abverlangen.

if supplied, relieves or diminishes his (or her) [...] distress or improves his (or her) [...] sense of adequacy or well-being²⁹.

Die Erkenntnis, dass beim professionellen Umgang mit Krankheit nicht selten fundamentale menschliche Bedürfnisse missachtet werden, veranlasste Henderson, jede pflegerische Routine oder jede seitens der Pflege gesetzte Restriktion zu hinterfragen, die in Konflikt mit diesen fundamentalen Bedürfnissen des Menschen stehen. Vor diesem Hintergrund entwickelte sie die Vorstellung, dass es das Ziel der Pflege sein müsse,

„[...] to keep the individual's day as normal as possible – to keep him in 'the stream of life' to the extent that is consistent the physician's therapeutic plan” (Henderson 1995/1965: 215)³⁰.

Dieses Ziel kann die berufliche Pflege nach Henderson (1995/1965: 216) jedoch nur erreichen, wenn die Pflegekräfte, auch juristisch gesehen, ihren Beruf unabhängig³¹ praktizieren können. Der Gegenstand der Pflege ist danach nicht die Diagnose und Behandlung von Krankheit oder deren Prognose, auch wenn Pflegekräfte immer schon Krankheiten diagnostiziert, Beschwerden/Leiden behandelt und im Notfall zu radikalen Maßnahmen gegriffen haben. Ihr Gegenstand ist die grundlegende pflegerische Versorgung (basic nursing care). Diese sieht sie in den von ihr beschriebenen vierzehn täglichen Aktivitäten, die zugleich die vierzehn grundlegenden Bestandteile der pflegerischen Versorgung bilden, bei deren Ausübung die Pflegekraft dem Patienten helfen oder ihn unterstützen und die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen soll, dass er sie ohne Hilfe/Unterstützung ausüben kann. Sie schreibt:

„In essence, then, I see nursing as primarily complementing the patient by supplying what he needs in knowledge, will, or strength to perform his daily activities and also to carry out the treatment prescribed for him by the physician (Henderson 1995/1965: 215)³².

Nach Henderson (1995/1978: 319) ist die berufliche Pflege - mehr als die Medizin es jemals war - ein Ersatz für die ‚self-care‘ des Menschen oder für die menschliche Fähigkeit, sich selbst zu pflegen bzw. für sich selbst zu sorgen. Diese einzigartige Funktion der Pflegekraft versteht Henderson in einem umfassenden Sinn, und es ist für sie selbstverständlich, dass sie von der Pflegekraft in eigener Verantwortung gestaltet und kontrolliert wird. Darüber hinaus unterstützen die Pflegekräfte den Patienten bei der Befolgung der vom Arzt verordneten Therapie ebenso, wie sie andere Gesundheitsberufe in ihren Bemühungen bei der Versorgung des Patienten unterstützen und umgekehrt auch mit deren Unterstützung rechnen. Nach Henderson steht es jedoch keiner Berufsgruppe zu, eine andere Berufsgruppe so stark für die eigenen Zwecke in Anspruch zu nehmen, dass sie nicht mehr in der Lage ist, ihre originäre Funktion bzw. Aufgabe wahrzunehmen³³.

Der Begriff ‚nursing needs‘ wird von Henderson unterschiedlich und in einer umfassenden Bedeutung genutzt. So schreiben Henderson/Nite (1978: 322), dass die Pflegekraft bei ihrer Beobachtung des Patienten alle fünf Sinne einsetzen soll, um den allgemeinen physischen und emotionalen Zustand des Patienten erfassen und feststellen zu können:

²⁹ Der letzte Satzteil geht auf Orlando zurück. Orlando's Arbeiten haben Hendersons Sicht von der Patient-Pflegekraft-Beziehung und davon, wie unterschiedlich der pflegerische Bedarf des Patienten von beiden wahrgenommen werden kann, stark beeinflusst (s. Henderson 1978, Marriner-Tomey 2002: 100).

³⁰ Diesen Gedanken greifen Roper et al. im RLT-Modell konsequent auf.

³¹ Hierzu müssten die entsprechenden Berufsgesetze in Pflege und Medizin geändert werden. Der im KrPflG (2003) beschriebene ‚abhängige Bereich‘ der Pflege verhindert in einem nicht unerheblichen Maße die Gestaltung des sogenannten ‚eigenverantwortlichen‘ Bereichs. Die Folgen, die diese gesetzliche Regelung und der höchst lockere Umgang mit der Ressource ‚Pflege‘ für die Patienten haben, lassen sich aufgrund der Untersuchungsergebnisse der letzten Jahre, die sich mit dem Problem des Personaleinsatzes (quantitativ, qualitativ) befassen, erahnen (s. zusammenfassend Unruh 2008).

³² Die Übersetzung dieses Textabschnitts von Enderwitz (1997: 49) lautet: „Im Kern also sehe ich in der Pflege eine Tätigkeit, die primär eine Kompensationsfunktion erfüllt, indem sie dem Patienten an Wissen, Willenskraft oder Stärke gibt, was er braucht, um seine täglichen Aktivitäten zu verrichten und außerdem die vom Arzt verschriebene Behandlung durchzuführen“.

³³ Dieser Gedanke ist äußerst wichtig und er findet sich auch in den erwähnten Grundregeln. Offenbar ist er bislang weder wahrgenommen noch verstanden worden. Er wird im Krankenhausalltag wenig beachtet, da sich die Organisation der Krankenversorgung im Krankenhaus in den letzten Jahrzehnten einseitig an den Erfordernissen der Medizin und weniger am Versorgungsbedarf der Patienten ausgerichtet hat.

„how normally people function in expressing their interests, needs, desires, and affection, how normally they function in working, playing, learning, breathing, eating, excreting, regulating body temperature, moving, maintaining muscle tone and normal posture, resting and sleeping. Nurses also try to recognize indications that are, but may not seem, part of the abnormality of the functions just listed. [...]”.

Der Begriff ‚nursing need‘ wird von ihr zu den allgemeinen bzw. universalen menschlichen Bedürfnissen in Beziehung gesetzt. Sie spricht (1978, 1995) im Zusammenhang mit den 14 ‚basic needs‘ (1978) von ‚daily patterns of living‘ oder ‚activities of daily living‘. Der Begriff ‚needs‘ (Bedürfnis/Bedarf) wird teils durch den Begriff ‚requirements‘ (Erfordernis) teils durch den Begriff ‚desire‘ (Wunsch) ersetzt³⁴. Er ist immer auf das Handeln des Menschen, auf seine Aktivitäten des Lebens und insofern auf die Fähigkeit des Menschen zur eigenen Pflege bezogen bzw. auf seine Fähigkeit, für seine Gesundheit und sein Wohlergehen selbst aufzukommen. Diese Fähigkeit kommt in der Ausübung der Aktivitäten des Lebens zum Tragen. In diesem Licht muss auch das Konzept der Pflegekraft als Ersatz für das Fehlen dieser menschlichen Fähigkeit gesehen werden.

Die Übersetzung des Begriffs ‚needs‘ mit Bedürfnissen greift zu kurz. Auf die missverständliche Interpretation des Begriffs ‚needs‘ weist auch Adam 1991: 13, 67ff) hin. Danach bedarf der Begriff ‚needs‘ einer Erklärung. Im Kontext der Schriften Henderson ist er eher als ‚requirement‘, d.h. als Bedarf bzw. Erfordernis im Zusammenhang mit der eigenen Pflege (self-care) des Betroffenen zu verstehen. Weiter wird der Begriff ‚Bedürfnis‘ nicht als Mangel oder Defizit verstanden, sondern die vierzehn grundlegenden Bedürfnisse/Erfordernisse sollen den Menschen in seiner Ganzheit beschreiben. Der Begriff ‚Pflegebedürfnis‘ oder besser ‚Bedarf an Pflege‘ bezeichnet ein Verhältnis³⁵, welches zwischen der Ausübung täglicher Aktivitäten seitens des betroffenen Menschen einerseits und der hierzu erforderlichen Stärke/Kraft des Willens und Wissens des Menschen andererseits besteht. Wenn dem betroffenen Menschen die für die Ausübung der täglichen Aktivitäten erforderliche Kraft, der Wille oder das Wissen fehlen, muss die Pflegekraft bildlich gesprochen ‚in die Haut des Patienten bzw. Klienten schlüpfen‘, um nachvollziehen zu können, wie sie ihn darin unterstützen kann, dieses Verhältnis soweit wiederherzustellen, dass er wieder unabhängig handeln kann (s. auch Henderson 1995/1985: 23). Hierzu ist es zwingend erforderlich, dass die Pflegekraft den Patienten zuerst einmal als Menschen kennen lernt und seinen Bedarf aus seiner Sicht verstehen lernt (‚in seine Haut schlüpft‘), um herauszufinden, welche Art Hilfe oder welche Art von Unterstützung der jeweilige Patient benötigt und nutzen kann, wie ein Gesundheitsprogramm für ihn entworfen und wie der Pflegeplan mit ihm und seiner Familie gestaltet werden kann, und zwar so, dass seine Unabhängigkeit und sein bestmögliches Bewältigungsverhalten oder ein würdevoller Tod gefördert, bzw. ermöglicht werden. Die berufliche Pflege muss sich damit befassen, wie sie die essentielle Funktion, als ‚Ersatz‘ für die Fähigkeit des Patienten zur eigenen Pflege zu wirken, angesichts der steigenden Anforderungen an ihre technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten aufrecht erhalten kann. Es geht darum, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem auf den Menschen bezogenen Aspekt und dem technischen Aspekt der Pflege³⁶ herzustellen. Es handelt sich hierbei um ein von den Pflegekräften zu gestaltendes Verhältnis, das maßgeblich von ihren Vorstellungen und Werten geprägt wird (s. Henderson 1995/1980: 98f). Mit Blick auf das Selbst und Selbstkonzept von Pflegekräften ist die Feststellung Hendersons (1978/2006: 22f)³⁷ aufschlussreich, wonach das ‚self-image‘ der Pflegekräfte häufig in Konflikt steht mit dem Image, das die Öffentlichkeit oder auch der Arzt von Pflege hat. Ein anderer, für das öffentliche Image von Pflege bedeutsamer Umstand ist, dass die Pflege überwiegend von

³⁴ Klaus Wingenfeld (2003: 346f, 2011: 272f) macht ebenfalls auf die problematische Übersetzung des Begriffs ‚needs‘ bei der Rezeption der Pflegetheorien im deutschsprachigen Raum aufmerksam. Er unterscheidet im Folgenden zwischen Bedürfnis und Bedarf.

³⁵ Wingenfeld et al. (2007) unterscheiden zwischen Pflegebedürftigkeit, die an die zu pflegende Person gebunden ist, und Pflegebedarf. Letzterer Begriff verweist auf Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse, in die professionelle Normen, soziale und kulturelle Wertvorstellungen einfließen und die Möglichkeiten und Grenzen des jeweiligen Versorgungssystems (s. auch Wingenfeld 2003, 2011).

³⁶ Mit dem Begriff ‚technischer Aspekt‘ ist nicht Technik gemeint, sondern er verweist auf sämtliche, in der Pflege gebräuchlichen Verfahrensweisen wie z.B. die Beherrschung eines Beatmungsgeräts, die Gesprächsführung oder die Körperpflege eines bettlägerigen Patienten.

³⁷ Sie geht soweit zu behaupten, dass das Konzept von Pflege, sei es das der Berufsgruppe, das von anderen Gesundheitsberufen oder das der Öffentlichkeit, ein verzerrtes ist (Henderson 1978/2006: 23).

Frauen ausgeübt wird und dass Frauenarbeit im Verhältnis zur Männerarbeit als ‚einfache‘ Arbeit gesehen wird. Letzteres hat u.a. Einfluss darauf, welche Aspekte der pflegerischen Arbeit innerhalb und außerhalb der Berufsgruppe wertgeschätzt werden, und damit auch darauf, wie das Verhältnis zwischen dem humanen und dem technischen Aspekt der Pflege von den Pflegekräften gestaltet wird. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass die berufliche Pflege als ein von der Medizin unabhängig agierender Beruf aufgefasst und ihr für die Ausübung ihrer originären Tätigkeit der entsprechende Rahmen zugestanden wird³⁸.

Wenn der von Henderson benutzte Begriffs ‚needs‘ mit Maslows Bedürfnishierarchie gleichgesetzt oder auch nur damit in Verbindung gebracht wird, deckt das den Kontext, in dem dieser Begriff steht, eher zu als auf. Ebenso ist es ein Missverständnis, den Begriff ‚needs‘ ausschließlich negativ im Sinne eines Defizits oder Mangels zu deuten. Wie vieldeutig der Begriff ist und wie unterschiedlich er ausgelegt werden kann, lässt sich schon an der unterschiedlichen Verwendung des Begriffs in der Psychologie (s. Grubitzsch/Rexilius 1990: 116ff), aber auch in der Pflegewissenschaft (s. Endacott 1997, Powers 1999, 2006; Fortin 1999, 2006) ablesen³⁹. Dass Henderson in ihrem Verständnis des Begriffs von ihrer Zeit geprägt war, muss ihr zugestanden werden. Sie verwendet ihn in Anlehnung an Thorndike und weist in ihren Arbeiten auf unterschiedliche Arbeiten zur Pflege hin, die sich mit menschlichen Bedürfnissen befassen, aber auch auf Arbeiten aus anderen Disziplinen. Hierzu gehört u. a. Maslow. Der Begriff ‚needs‘ ist für sie ein offener, relativer oder anders formuliert ein dynamischer und relationaler Begriff in Bezug auf Gesundheit, auf die Ausübung der Aktivitäten des Lebens und auf die Fähigkeit zur ‚self-care‘. Insofern steht der Begriff ‚needs‘ in Zusammenhang mit der Fähigkeit des Menschen, für sich selbst handelnd tätig zu werden, sich selbst zu pflegen und für sich selbst zu sorgen. Dieser Gedanke wird von Roper et al. im Lebens- und Pflegemodell aufgegriffen, indem sie sich eindeutig und explizit für den Begriff ‚activity‘ anstelle von ‚need‘ entscheiden. Sie betonen damit den Aspekt des aktiven Handelns, der bei Henderson zwar immer wieder durch die Verwendung von Begriffen wie ‚activity of daily living‘ und ‚self-care‘ durchscheint, aber von ihr nicht ausgearbeitet wird. Ein anderes Problem ist, dass bei der Rezeption von Henderson der Fokus einseitig auf dem Begriff der ‚needs‘ zu liegen scheint, so dass der oben beschriebene relationale Zusammenhang von ‚needs‘ und ‚activities‘ zugedeckt wird. In diese Rezeptionsfalle geraten auch Roper et al., was dazu führt, dass sie das bei Henderson vorliegende theoretische Potenzial nicht für ihr Modell aufgreifen. Mit ihrer Betonung der aktiven Seite der AL haben sie jedoch den zu pflegenden Menschen neu situiert, insofern sie ihn als jemanden begreifen, der sein Leben gestaltet und hierzu entsprechende Fähigkeiten in den einzelnen AL ausbildet. Diese Fähigkeiten, die in den entsprechenden Gewohnheiten in den AL verkörpert sind, sind die Anknüpfungspunkte bei einer Inanspruchnahme der professionellen Pflege. Den Gedanken, dass die Pflege ein auf sich selbst oder auf andere Menschen bezogenes Handeln ist, hat Dorothea E. Orem später in ihrer Selbstpflege-defizit-Theorie, einer Theorie der Pflege bestehend aus den Theorien des Pflegesystems, des Selbstpflegedefizits und der Selbstpflege, ausgeführt (s. Orem 1995/ 1997, 2001).

Insgesamt lassen sich in den Schriften von Henderson die Vorläufer oder Ursprünge der Konzepte des RLT-Modells finden. Die Vorstellung, dass der Mensch in Hinblick auf die vierzehn Erfordernisse gewissen Einflüssen ausgesetzt ist, ist hier in Ansätzen schon vorhanden und wird anhand der von der Pflegekraft zu schaffenden Bedingungen (conditions), die Einfluss auf den Gesundheitszustand des Menschen haben, thematisiert. Bei Roper et al. werden diese zu schaffenden Bedingungen in dem Konzept „Beeinflussende Faktoren“ aufgegriffen und weiter ausgearbeitet. Auch das Konzept des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums ist in Umrissen erkennbar und zwar überall dort, wo es heißt “[...] dass der Mensch es ohne Unterstützung tun würde, wenn er

³⁸ Henderson weist in ihren Arbeiten immer wieder auf diesen Aspekt hin, es ist erstaunlich, wie wenig Beachtung er bisher gefunden hat.

³⁹ Endacott (1997), Powers (1999, 2006) und Fortin (1999, 2006) weisen auf die verschiedenen Dimensionen des Begriffs ‚needs‘ hin, auf die soziale Konstruktion von ‚needs‘, auf das politische wie soziale Problem der Bestimmung dessen, was ein ‚need‘ ist, auf welches in einer Gesellschaft eingegangen wird und auf welches nicht etc. (s. auch Wingensfeld 2003, 2011)

die dazu erforderliche Kraft, den Willen oder das Wissen hätte“. In der nachstehenden Tabelle 2.2 werden die vierzehn Bedürfnisse/Erfordernisse Hendersons den Aktivitäten des Lebens gegenübergestellt.

TAB. 2.2: VERGLEICH HENDERSON UND ROPER ET AL.

HENDERSONS ERFORDERNISSE (NEEDS)	DIE AKTIVITÄTEN DES LEBENS VON ROPER ET AL.	DIE ERFORDERLICHE PFLEGE WIRD VON FOLGENDEN BEDINGUNGEN BEEINFLUSST (HENDERSON)	WEITERE KONZEPTE DES RL-T-MODELLS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal atmen 2. Angemessen essen und trinken 3. Mit Hilfe aller Ausscheidungsorgane ausscheiden 4. Sich bewegen und eine gewünschte Position einnehmen können 5. Schlafen und ruhen 6. Passende Kleidung aussuchen, sich aus- und anziehen 7. Normale Körpertemperatur durch eine dem Klima entsprechende Kleidung aufrechterhalten 8. Den Körper sauber und gepflegt halten und die Haut schützen 9. Gefahren in der Umgebung und Verletzungen anderer vermeiden 10. Sich mit anderen Menschen austauschen, dabei Gefühle, Nöte, Befürchtungen kundtun 11. Nach seinem persönlichen Glauben / Bekenntnis leben 12. Sich mit etwas Sinnvollem beschäftigen, einer sinnvollen Arbeit nachgehen 13. Spielen oder an verschiedenen Formen der Erholung teilhaben 14. Etwas lernen oder entdecken, die Neugier befriedigen, was zu einer normalen Entwicklung und zu Gesundheit gehört 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Für eine sichere Umgebung sorgen 2. Kommunizieren 3. Atmen 4. Essen und trinken 5. Ausscheiden 6. Persönliche Hygiene und sich kleiden 7. Die Körpertemperatur regulieren 8. Sich bewegen 9. Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen 10. Seine Geschlechtlichkeit leben 11. Schlafen 12. Sterben 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alter: Neugeborene, Kindheit, Jugend, Mittelalter, Alter und Sterben 2. Temperament: Gemütszustand oder vorübergehende Laune: <ol style="list-style-type: none"> a) ‚normal‘ b) euphorisch, überaktiv c) ängstlich, furchtsam, verärgert oder hysterisch d) deprimiert oder träge 3. Sozialer oder kultureller Stand: Familienmitglied oder relativ alleinstehende Person und/oder schlecht sich anpassend, verarmt 4. Körperliche und intellektuelle Fähigkeiten: <ol style="list-style-type: none"> a) normales Gewicht b) Untergewicht c) Übergewicht d) normale Mentalität e) begabte Mentalität f) unternormale Mentalität g) normale Fähigkeit zum Hören, Sehen, Gleichgewicht halten und Tasten h) Verlust besonderer Sinnesorgane i) normale motorische Kraft j) Verlust der motorischen Kraft 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Lebensspanne • Das Abhängigkeits- / Unabhängigkeitskontinuum • Die die AL beeinflussenden Faktoren <ul style="list-style-type: none"> * biologische * psychische * soziokulturelle * umwelt/umgebungsbezogene * politisch-ökonomische • Eine auf das Individuum bezogene (individualisierte) Pflege

2.2.3 DAS KONZEPT DER ‚LEBENSSPANNE‘

Das Konzept der Lebensspanne steht für die zeitliche Dimension des Lebens. Es umfasst das Leben des Menschen von der Zeugung bis zum Tod. Das Leben kann wenige Wochen nach der Zeugung beendet sein oder nur Minuten oder Tage nach der Geburt, es kann einige Jahre, einige Jahrzehnte oder ein Jahrhundert währen. Es kann durch Unfall, Krankheit, Selbsttötung oder durch äußere Umstände wie Naturkatastrophen oder Krieg beendet werden. Der Mensch durchläuft während seines Lebens verschiedene Entwicklungsphasen und –prozesse. Leben bedeutet das Durchlaufen eines fortgesetzten Wandels. Jede Lebensphase wird von verschiedenen Faktoren und den jeweils vorherrschenden Umständen beeinflusst (s. Roper et al. 1985: 43).

Für die berufliche Pflege ist das Konzept der Lebensspanne von besonderer Bedeutung. Das Alter und der Entwicklungsstand eines Menschen sind in Hinblick auf seine Fähigkeit, die AL selbständig und unabhängig von der Hilfe anderer auszuführen, ebenso von Bedeutung wie auch für eine auf den individuellen Menschen bezogene Pflege. Roper/Logan/Tierney (1980, 1985) haben in der ersten und zweiten Auflage zunächst acht Entwicklungsphasen beschrieben, diese dann in den weiteren zwei Auflagen ohne nähere Begründung in sechs Phasen (pränatale Phase, frühe Kindheit, Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter [zuvor differenziert in 3 Phasen], Alter) zusammengefasst. In der Tabelle 2.3, die alle Phasen darstellt, fällt auf, dass der Entwicklungsprozess des Menschen bis zum mittleren Alter als eine Vorwärtsbewegung im Sinne des Zuwachses an Kompetenzen im weitesten Sinn gesehen wird, wohingegen die letzten Entwicklungsphasen durch Veränderungsprozesse gekennzeichnet sind. Der Entwicklungsprozess des Menschen wird als komplex betrachtet, wobei wiederum verschiedene, sich gegenseitig bedingende Entwicklungsprozesse unterschieden werden. Roper/Logan/Tierney (1980, 1985) unterscheiden biologische, intellektuelle, emotionale und soziale Entwicklungsprozesse und verweisen hierbei u. a. auf die Arbeiten von Piaget, Erikson, Freud und Bowlby. Bei der Diskussion der emotionalen Entwicklung während der Kindheit findet sich der Hinweis, dass das Kind über das Feedback von anderen Menschen befähigt wird, ein ‚self-concept‘ zu entwickeln. Damit dieses Selbstkonzept vom Kind akzeptiert und anerkannt werden kann, bedarf es der Akzeptanz und Anerkennung durch Eltern und Freunde (s. Roper et al. 1985: 46). Ein weiteres Mal wird der Begriff des Selbstkonzepts im Zusammenhang mit dem Bewusstsein des eigenen Geschlechts erwähnt (s. Roper et al 1985: 48). Sie machen deutlich, dass sich für den Menschen in den verschiedenen Entwicklungsphasen und den hierbei ablaufenden Entwicklungsprozessen unterschiedliche zu meisternde Aufgaben stellen. Die Bewältigung dieser Aufgaben ist für die weitere Entwicklung und für das psychosoziale Wohlbefinden des Menschen von Bedeutung. Im Zuge seiner Entwicklung und im Rahmen der Sozialisation lernt der Mensch, die einzelnen AL selbständig und in einer für ihn charakteristischen Weise auszuüben, indem er die dafür notwendigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse erwirbt.

Roper et al. (1980: 42ff) richten mit Blick auf die Lebensspanne ihr Augenmerk darauf, wie der Mensch sich in seiner Umwelt zurechtfindet und wie er sich im Laufe seines Lebens aus dem Zustand einer relativen Abhängigkeit, in welchem er auf andere angewiesen ist, zu einer relativ selbständigen, d.h. autonomen Persönlichkeit entwickelt. In der zweiten Auflage ihres Buches (Roper et al. 1985: 54ff) gehen sie auf die verschiedenen, die Lebensspanne eines Menschen prägenden Institutionen ein wie Familie, Bildungssystem, Religion, Arbeitsmarkt/Ökonomie, Gesundheitswesen und Staat. Unter dem Stichwort ‚Wohnverhältnisse‘ erwähnen sie im Zusammenhang mit ‚überbelegten‘ Räumen, dass es für die Entwicklung eines ‚Selbstkonzepts‘ wichtig sei, dass ein Kind einen Raum bzw. Platz hat, der ihm persönlich zugeordnet ist (s. Roper et al 1985: 55).

Das Konzept der Lebensspanne positioniert den Menschen, indem es ihn bestimmten Entwicklungsphasen und charakteristischen Entwicklungsprozessen zuordnet. Diese Entwicklungsprozesse können in der Pflege nicht außer acht gelassen werden. Roper et al. heben immer wieder die Bedeutung empirischer Daten und besonders jener Daten hervor, die von den jeweiligen Regierungen in Bezug auf die die Lebensspanne betreffenden Phänomene (wie Gesundheit, Morbidität und Mortalität) oder in Bezug auf Institutionen (Bildungssystem, Arbeits-

markt) oder auf Lebensabschnitte (Rente) aufbereitet werden. Die Pflegekraft sollte hiervon und von den Entwicklungsphasen und -prozessen Kenntnis haben und sich darauf beziehen, wenn sie dem Einzelnen bei der Ausübung der AL Unterstützung bzw. Hilfe anbietet⁴⁰ (s. Newton 1997: 45 f, Roper et al. 2000: 55ff).

Tab. 2.3: Entwicklungsphasen im Verlauf der Lebensspanne

	Entwicklungsphasen	
1	Pränatale Phase (Konzeption bis zur Geburt)	<ul style="list-style-type: none"> • physische Entwicklung
2	Frühe Kindheit (0 - 5 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • physische Entwicklung in der frühen Kindheit • kognitive Entwicklung in der frühen Kindheit • emotionale Entwicklung in der frühen Kindheit • soziale Entwicklung in der frühen Kindheit
3	Kindheit (6 - 12 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • physische Entwicklung in der Kindheit • intellektuelle Entwicklung in der Kindheit • emotionale Entwicklung in der Kindheit • soziale Entwicklung in der Kindheit
4	Adoleszenz (13 – 18 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • physische Entwicklung in der Adoleszenz • intellektuelle Entwicklung in der Adoleszenz • emotionale Entwicklung in der Adoleszenz • soziale Entwicklung in der Adoleszenz
5	Frühes Erwachsenenalter (18 –30 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • physische Entwicklung im frühen Erwachsenenalter • intellektuelle Entwicklung im frühen Erwachsenenalter • emotionale Entwicklung im frühen Erwachsenenalter • soziale Entwicklung im frühen Erwachsenenalter
6	Mittleres Erwachsenenalter (30 – 45 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • physische Entwicklung im mittleren Erwachsenenalter • intellektuelle Entwicklung im mittleren Erwachsenenalter • emotionale Entwicklung im mittleren Erwachsenenalter • soziale Entwicklung im mittleren Erwachsenenalter
7	Spätes Erwachsenenalter (46 –65 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • physische <i>Veränderungen</i> im späten Erwachsenenalter • intellektuelle <i>Veränderungen</i> im späten Erwachsenenalter • emotionale <i>Veränderungen</i> im späten Erwachsenenalter • soziale <i>Veränderungen</i> im späten Erwachsenenalter
8	Alter (66 und mehr Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> • physische <i>Veränderungen</i> im Alter • intellektuelle <i>Veränderungen</i> im Alter • emotionale <i>Veränderungen</i> im Alter • soziale <i>Veränderungen</i> im Alter

2.2.4 DAS KONZEPT DES ‚ABHÄNGIGKEITS-/ UNABHÄNGIGKEITSKONTINUUMS‘

Die Konzepte der ‚Lebensspanne‘ und des ‚Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums‘ sind aufeinander bezogen. Für sich allein genommen ergibt das letztere Konzept wenig Sinn. Dieser ergibt sich erst, wenn die Abhängigkeit/Unabhängigkeit eines Menschen in Bezug auf die einzelnen Aktivitäten sowie in Beziehung zu anderen Menschen gesehen wird. Roper et al. (1985: 23) behaupten, dass bei jedem Menschen entlang des ‚Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums‘ für jede AL ermittelt werden kann, ob der betreffende Mensch bei deren Ausübung abhängig bzw. unabhängig von anderen ist. Bei der Betrachtung der Abhängigkeit/Unabhängigkeit über alle AL hinweg wird das Gesamtausmaß an Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit eines Menschen deutlich. Diese Einschätzung kann in Intervallen wiederholt werden und ermöglicht es, auf einen Blick festzustellen, ob die Situation des Patienten sich zu seinen Gunsten, d.h. in Richtung Unabhängigkeit verändert hat oder nicht.

In ihrer letzten Fassung des Lebensmodells definieren Roper et al. (1996a: 23f, 2000: 57) Unabhängigkeit als

⁴⁰ Mit der Erwähnung der diversen die Lebensspanne prägenden Institutionen streifen Roper et al. einen – wie die Ergebnisse der Lebenslaufforschung (s. Born/Krüger 2001, Krüger 2001) inzwischen belegen –, überaus wichtigen Aspekt. Sie untersuchen jedoch nicht näher die Bedeutung, die diese Institutionen für die Gestaltung der Lebensspanne oder anders formuliert für den Lebenslauf und damit für die berufliche wie für die Laienpflege haben.

„die Fähigkeit, die AL ohne Hilfe entsprechend den persönlichen und sozial akzeptierten Standards ausführen zu können“.

Betrachtet man die Position des Menschen während der Lebensspanne und die entsprechende Position auf dem Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum in den einzelnen AL, wird der Zusammenhang zwischen den beiden Konzepten deutlich. Roper et al. (1985: 23) heben hervor, dass beide Konzepte sich an den in einer Gesellschaft geltenden Normwerten orientieren und insofern nicht auf alle Situationen zutreffen, etwa wenn ein Kind mit einer Behinderung zur Welt kommt oder ein Mensch aufgrund von Krankheit, Unfall oder Funktionsbeeinträchtigungen in seinen Möglichkeiten eingeschränkt ist. Aber auch in solchen Fällen erlauben beide Konzepte, unter Berücksichtigung der individuellen Situation und Umstände die Möglichkeiten des Betreffenden einzuschätzen und sie in Richtung auf maximale Unabhängigkeit zu entwickeln. In Situationen, in denen professionelle Pflege benötigt wird, kann die relative Abhängigkeit des Menschen in den AL durch seine gesundheitliche Situation bedingt sein, sie kann seit der Geburt bestehen oder aufgrund von Krankheit oder Unfall temporär oder dauerhaft gegeben sein. In diesen Fällen muss der betreffende Mensch Formen finden, wie er diese Situation bewältigen kann. Hierbei kann ihn die Pflegekraft unterstützen (s. Roper et al. 1996a: 41).

Die Begriffe Abhängigkeit und Unabhängigkeit sind im Verhältnis zueinander und im Verhältnis zu den einzelnen AL relativ. Dies zeigt sich vor allem dann, wenn sich durch eine Änderung in einer AL der Abhängigkeits-/Unabhängigkeitsstatus ändert und dies zu Veränderungen des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitsstatus in anderen AL führt. Die Einschätzung des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitsstatus eines Menschen in den einzelnen AL gibt Anhaltspunkte für das Ausmaß der benötigten Unterstützung seitens der professionellen Pflege, für den Einsatz entsprechender Hilfsmittel oder für spezifische Arrangements der Umgebung. Der gezielte Einsatz von Hilfsmitteln und die gezielte Gestaltung der Umgebung können zu einer ‚geschützten‘ (aided) Unabhängigkeit beitragen. Roper et al. (1996a: 42, 2000: 59,97f) verweisen auf die Bedeutung, die der Unabhängigkeit in der heutigen Zeit auch für alte Menschen zukommt, sowie auf die privaten und staatlichen Bemühungen, durch entsprechende Maßnahmen wie technische Hilfsmittel oder ‚geschütztes Wohnen‘ eine ‚geschützte‘ Unabhängigkeit zu ermöglichen.

Das Ziel der professionellen Pflege sehen Roper et al. (1985: 70) darin, dem zu pflegenden Menschen mittels eines auf seine individuellen Erfordernisse abgestimmten Programms bei der Aufrechterhaltung einer relativen Unabhängigkeit (in Bezug auf die AL) beizustehen. Insofern ist es wichtig zu verstehen, dass eine relative Unabhängigkeit bei jedem Menschen etwas anderes bedeutet. Der Umstand, dass jemand eine Funktionsbeeinträchtigung hat oder behindert ist, heißt im Falle eines stationären Aufenthaltes nicht, dass er von der Pflegekraft abhängig sein muss. Die Einschätzung des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitsstatus in den AL verlangt der Pflegekraft ein entsprechendes Urteils- und Einfühlungsvermögen ab. Sie muss zwischen dem unterscheiden, was der jeweilige Mensch kann, um ihn nicht um seine Möglichkeiten zu bringen, und dem, was außerhalb seiner Möglichkeiten liegt (s. auch Roper et al. 2000: 98). Es gibt Patienten, die z.B. den Wunsch äußern, in bestimmten AL unabhängig zu sein, obwohl sie es aufgrund ihres Zustandes objektiv nicht sein können. In solchen Fällen ist es Roper et al. (1985: 70, 1990: 43, 2000: 98f) zufolge wichtig, den betreffenden Menschen dabei zu unterstützen, den Zustand einer vorübergehenden oder dauerhaften Abhängigkeit von anderen zu akzeptieren, ohne dabei seine Würde und sein Selbstwertgefühl zu verlieren. Die Anforderung an die Pflegekraft besteht darin, den Zustand des Patienten zu erkennen und ihm dabei zu helfen, die Balance zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit situationsgerecht aufrechtzuerhalten⁴¹.

⁴¹ Wie einer Studie von Wahl/Baltes 1995 im Bereich der häuslichen Pflege zu entnehmen ist, kann die Unterstützung des zu pflegenden Menschen in Richtung Unabhängigkeit weder bei professionellen noch bei pflegenden Laien als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Die zu pflegenden Menschen werden eher durch entmutigende Verhaltensweisen in Richtung ‚Abhängigkeit‘ gedrängt. In eine ähnliche Richtung weist eine Studie von Strandberg/Jansson (2003). Der Begriff ‚dependency‘ hat im Kontext der Versorgung von Menschen unterschiedliche Bedeutungen, er ist überwiegend negativ, seltener positiv besetzt (s. Fine/Glendinning 2005). Die Kontextabhängigkeit des Erlebens von Abhängigkeit/Unabhängigkeit seitens der PatientInnen unterstreicht auch die Untersuchung von Delmar et al. (2006).

Roper et al. führen einige Situationen bzw. Umstände an, die das Streben des Menschen in Richtung Unabhängigkeit behindern oder die, obgleich ein relativer Zustand der Unabhängigkeit erreicht worden ist, zu einer Entwicklung in Richtung Abhängigkeit führen können. Hierzu gehören:

- die physische, psychische und soziale Umwelt
- Behinderung und eine gestörte Physiologie (beides kann sowohl angeboren als auch erworben sein und zu einer körperlichen oder geistigen Behinderung führen)
- Veränderungen des Gewebes, die pathologischer oder degenerativer Natur sein können
- Unfall
- Infektion (Roper et al. 1980: 62).

Diese Umstände sind als Vorläufer des Konzepts der ‚die AL beeinflussenden Faktoren‘ zu betrachten. Welchen Einfluss sie auf die Lebensweise und -gestaltung des Einzelnen und damit auf die Gewohnheiten in den AL haben, wird in den weiteren Ausarbeitungen des Lebens- und Pflegemodells erläutert.

2.2.5 DAS KONZEPT DER DIE AL ‚BEEINFLUSSENDE FAKTOREN‘

Die individuellen Unterschiede bei der Ausübung der AL sind auf den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Lebensweise eines Menschen zurückzuführen. Die erste Ausgabe von *‘The Elements of Nursing’* geht auf diese Unterschiede ein, indem dort die biologischen, entwicklungsbezogenen und sozialen Aspekte des Lebens behandelt werden. In den späteren Ausgaben werden die o. g. Faktoren zur Vereinfachung des Sachverhalts in fünf Hauptkategorien zusammengefasst, und es wird untersucht, wie sich diese auf die AL, d.h. auf die Lebensweise auswirken und in welchem Zusammenhang dies mit dem Konzept des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums sowie dem Konzept der Lebensspanne steht:

- physische Faktoren (physische Funktionsfähigkeit, physische Fähigkeit, bestimmte Dinge zu tun)
- psychische Faktoren (emotionale und intellektuelle Aspekte)
- sozio-kulturelle Faktoren (religiöse, ethische sowie spirituelle)
- politisch-ökonomische Faktoren (Wirtschaftssystem, politisches System, Rechtssystem)
- Umwelt- und Umgebungsfaktoren (Geographie, Grad der Umweltverschmutzung etc.).

Die die AL beeinflussenden Faktoren werden im RLT-Modell aus Sicht der professionellen Pflege vor allem im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit betrachtet. Bezogen auf die ‚physiologischen‘ Faktoren, die in der vierten Auflage in ‚biologische‘ Faktoren umbenannt werden, ist die Kenntnis der Funktionsweise des menschlichen Körpers erforderlich, um den pflegerischen Bedarf des einzelnen Patienten einschätzen und Maßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung, der Prävention, der Aufrechterhaltung von Gesundheit, der Linderung von Leiden, sowie der Versorgung während akuter Krankheit planen und die Wirkung der pflegerischen Maßnahmen bewerten zu können. Im Sinn der durchzuführenden pflegerischen Maßnahmen muss die Pflegekraft über die o. g. Kenntnisse verfügen. Sie muss eine Vorstellung von den der Krankheit und der Funktionsbeeinträchtigung zugrunde liegenden Ursachen haben und davon, welche Auswirkungen diese auf die Möglichkeiten des Einzelnen haben, die AL in gewohnter Weise auszuführen (s. Roper et al. 1990: 45f).

Ähnliches gilt für die psychologischen, soziokulturellen, umgebungsbezogenen und politisch-ökonomischen Faktoren. Entscheidend ist ein allgemeines Verständnis der Pflegekraft in Hinblick auf das menschliche Leben und darauf, welchen Einfluss die entsprechenden Faktoren auf Gesundheit und Krankheit haben und wie sie sich auf die einzelnen AL auswirken. Roper et al. heben bezüglich der Behandlung der psychologischen Faktoren hervor, dass geistig behinderte Menschen wie gesunde Menschen ‚behandelt‘ werden sollten und dass der Fokus der Pflege sich auf das richten muss, was diese Menschen können, um sie in ihren Möglichkeiten weitestgehend zu unterstützen. In diesem Zusammenhang ist die Kenntnis entsprechender Theorien, etwa von Piaget und Erikson in Bezug auf menschliche Entwicklungsprozesse (s. auch Pkt. 2.2.3) oder auch solcher Theorien hilfreich, die Phänomene wie Stress oder Angst beschreiben und erklären und so zum Verständnis spezifisch pflegerischer Situationen beitragen. Die Pflegekraft sollte eine Vorstellung von den der Situation zugrunde liegenden Ursachen entwickeln, um diese Ursachen, z.B. Angst, nicht durch die von ihr initiierten Maßnahmen zu verstär-

ken, sondern den Patienten bei der Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung von Copingstrategien zu unterstützen. Roper et al. (2000: 62f) differenzieren zwischen den intellektuellen und emotionalen Aspekten psychologischer Faktoren und erwähnen in Bezug auf letztere, dass etwa Kinder Liebe und Zuwendung benötigen, um Selbstvertrauen, Selbstwertschätzung und ein positives Selbst-Image ausbilden zu können.

Hinsichtlich der soziokulturellen Faktoren muss sich die Pflegekraft mit Blick auf mögliche pflegerische Situationen Kenntnisse davon aneignen, in welcher Weise soziale, kulturelle, spirituelle, religiöse und ethische Faktoren die Ausübung der AL beeinflussen. Sie muss ein entsprechendes Verständnis entwickeln, wenn sie den Pflegebedarf eines Patienten einschätzen, seine Pflege planen und durchführen und schließlich die Wirkung der Pflege bewerten will. In der Kategorie 'soziokulturelle Faktoren' werden im Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus eines Menschen das Konzept der Rolle⁴² und die Auswirkungen diskutiert, die eine Krankheit hinsichtlich der von einem Menschen eingenommenen Rollen und des Wechsels in die ‚Rolle des Kranken‘ nach sich ziehen (in Anlehnung an Talcott Parsons Konzept der ‚sick role‘). Roper et al. (1996a: 45f, 2000: 110) machen hier auf die von der Gesellschaft an die Gesundheitsberufe herangetragenen Rollenerwartungen aufmerksam, auf die der Patient in der Pflegekraft-Patient-Beziehung zurückgreift. Sie weisen darauf hin, dass die diversen sozialen Beziehungen, die ein Mensch in seinem Leben eingeht, bei Veränderungen seines Gesundheitszustands einem Wandel unterliegen. Dies belegen sie exemplarisch an der Arzt-Patient-Beziehung und daran, dass in westlichen Ländern die Patienten immer häufiger in die sie betreffenden Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen werden möchten (s. Roper et al. 2000: 110). Weitere in dieser Kategorie zusammengefasste Aspekte sind:

- Gesundheitsstatus und soziale Klasse
- Gesundheitsstatus und Religion
- Gesundheitsstatus und Spiritualität
- Gesundheitsstatus und ethische Aspekte (s. Roper et al. 1996a: 45ff, 2000: 100ff).

Die Ausführungen von Roper et al. machen die Notwendigkeit der Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse in der Pflege deutlich. Diese müssen aber explizit auf die pflegerische Fragestellung bezogen werden. Was den Bedarf an Pflege angeht, gilt es gerade hier zu klären, welchen Einfluss die genannten Punkte auf die Kompetenz des betroffenen Menschen haben, sich selbst oder andere zu pflegen.

Die Kenntnis des Einflusses umwelt- bzw. umgebungsbezogener Faktoren (Mikroorganismen, Luftverschmutzung, Einfluss von Sonne, Lärm etc.) auf die Ausübung der AL sowie auf Gesundheit und Krankheit ist notwendig, um die Umgebung des zu pflegenden Menschen mit entsprechenden Maßnahmen zu seinem Nutzen und in einem therapeutischen Sinn gestalten zu können (s. Roper et al. 1990: 48; 1996a: 48ff). Roper et al. greifen einige AL wie ‚essen und trinken‘, ‚ausscheiden‘ und ‚die Körpertemperatur regulieren‘ heraus, um die Bedeutung der in diesen Kategorien zusammengefassten Faktoren aufzuzeigen. Sie weisen der Gestaltung der häuslichen Umgebung oder der Krankenhausräumlichkeit bei der Pflege eine wichtige Rolle zu. Sie sprechen hier von der pflegerischen Umgebung (s. Roper et al. 1996a: 49), auf die die Pflegekraft aktiv Einfluss nehmen kann.

Schließlich müssen nach Roper et al. (1990: 49f) die politisch-ökonomischen Faktoren hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Lebensweise und -bedingungen der Menschen verstanden werden, da die Pflege als ein Aspekt der Gesundheitsversorgung mit den Auswirkungen auch der politischen, ökonomischen und rechtlichen Verhältnisse konfrontiert wird. Zudem muss die Pflegekraft die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung berücksichtigen, da diese in gewisser Weise ihren Handlungsspielraum mit festlegen.

Die in den fünf Hauptkategorien zusammengefassten Faktoren, die Einfluss auf die Lebensweise und Gewohnheiten des Menschen haben, bedingen sich gegenseitig und sind nicht losgelöst von den anderen Konzepten zu

⁴² In den ersten Fassungen des Modells wird dieses Konzept unter den sozialen Aspekten des Lebens abgehandelt. Der Rollenbegriff im RLT-Modell ist an Parsons funktionalistischen Rollenbegriff angelehnt.

sehen. Die Berücksichtigung aller Konzepte gibt der Pflegekraft eine Vorstellung davon, wen sie als Patienten vor sich hat und über welche Möglichkeiten er/sie verfügt. Die vier Konzepte zusammen verweisen auf das letzte Konzept im Lebens- und Pflegemodell, das Konzept der ‚Einzigartigkeit des Lebens‘ und das der ‚individualisierten Pflege‘.

2.2.6 DAS KONZEPT DER ‚EINZIGARTIGKEIT DES LEBENS‘ UND DER ‚INDIVIDUALISIERTEN PFLEGE‘

Das letzte Konzept des RLT-Lebensmodells zielt auf den einzelnen Menschen, d.h. auf das Leben, wie es dieser besondere Mensch erlebt und durchmacht. Die Einzigartigkeit des Individuums, seine Individualität oder Persönlichkeit spiegeln sich in der Art und Weise der Ausübung der AL, d.h. in seiner Lebensweise. Roper et al. (1990: 33) schreiben:

„[...] Individualität kann als das Produkt der Einflüsse, die die anderen Konzepte auf die AL haben, und der komplexen Interaktion der Konzepte untereinander verstanden werden. Die Individualität eines jeden Menschen bei der Durchführung der AL bestimmt sich zum einen aus der Position auf der Lebensspanne, aus dem Grad der Abhängigkeit/Unabhängigkeit und wird darüber hinaus durch die Einflüsse der verschiedenen Faktoren [bestimmt]“.

Die Individualität eines Menschen manifestiert sich auf verschiedene Art und Weise, z.B. dadurch,

- wie ein Mensch die AL ausführt
- wie oft oder häufig er sie ausführt
- wo er sie ausführt
- wann er sie ausführt
- warum er sie auf eine bestimmte Weise ausführt
- was er über sie weiß
- was er in Bezug auf die AL glaubt
- welche Einstellung bzw. Haltung er zu ihnen hat (Roper 1996a: 31, 2000: 75).

Roper/Logan/Tierney (1990:33) betonen, dass das Konzept ‚Einzigartigkeit des Lebens‘ sich nicht nur auf den einzelnen Menschen bezieht, sondern auch auf die Familie und die soziale Gruppe übertragen werden kann⁴³.

Das Konzept der ‚Einzigartigkeit des Individuums‘ wird im Pflegemodell in das Konzept der ‚individualisierten Pflege‘ überführt. Eine auf den jeweiligen Menschen bezogene Pflege erfordert die Anwendung des Pflegeprozesses auf der Basis eines Pflegemodells. Der Pflegeprozess wird von Roper et al. als ein aus vier Phasen bestehender Problemlösungsprozess und als eine Methode des logischen Denkens verstanden. Er beinhaltet die Phasen der

- Einschätzung
- Planung
- Durchführung
- Evaluation/Bewertung (Roper et al. 1980:65).

Das Konzept der ‚individualisierten Pflege‘ leitet sich nach Roper et al. (1996a: 51, 2000: 123) unmittelbar aus dem Konzept ‚Einzigartigkeit des Lebens‘ ab⁴⁴. Demzufolge kann eine Pflegekraft erst dann individuell pflegen, wenn sie Einblick in den Alltag des von ihr zu pflegenden Menschen genommen, eine Vorstellung von seiner

⁴³ Sie betrachten die von ihnen verwendeten Konzepte als ‚broad‘ und dass sie ‚can have wide application‘ (Roper et al. 1996a: 31).

⁴⁴ Die in den USA entwickelte Idee, die Pflege als Prozess zu begreifen und in der Folge auch so zu gestalten, wurde Anfang der 1970er Jahre zunächst in Großbritannien im Ausbildungsbereich aufgegriffen und in Europa insbesondere durch das mittelfristige Programm der WHO für Krankenpflege- und Hebammenwesen (1974) verbreitet. In Großbritannien fielen die in den USA entwickelten Vorstellungen zum Pflegeprozess einer Studie von de la Cuesta zufolge (1982: 367) auf fruchtbaren Boden. Man suchte dort nach geeigneten Verfahren, die Pflege zu verbessern. Diese sah man im Pflegeprozess. Mit diesem Ansatz konnte die Kritik am Bestehenden mit Reformbemühungen verbunden werden. Die sich in wenigen Jahren vollziehende Entwicklung war offensichtlich durch das Fehlen der sprachlichen Barriere begünstigt. Dennoch wurde laut de la Cuesta der Pflegeprozess nicht einfach kopiert, sondern dem Kontext der britischen Pflege angepasst (s. Kratz 1979; WHO/Euro 1987). So wurden in Großbritannien im Gegensatz zum ausgereiften amerikanischen Konzept einige Aspekte weggelassen und auf andere weniger Wert gelegt (s. de la Cuesta 1983: 369). Roper et al. (1983 a - f) beschreiben ihre Sicht des Pflegeprozesses in einer mehrteiligen, 1983 in Nursing Mirror erschienen Artikelserie.

Lebensweise bekommen und Informationen bezüglich seiner Probleme und Bedürfnisse erhalten hat. Im Rahmen der Einschätzung des Patienten geht es zunächst in Hinblick auf die zuvor diskutierten Konzepte um die ‚Entdeckung‘

- bisheriger Routinen/Gewohnheiten
- dessen, was der Patient für sich selbst tun kann
- dessen, was er nicht für sich selbst tun kann
- von Problemen/Schwierigkeiten (aktuell, potenziell)
- bisheriger Bewältigungsstrategien
- von Unbehagen/Beschwerden
- von Änderungen im Abhängigkeits-/Unabhängigkeitsstatus
- von Änderungen in den Gewohnheiten, die AL auszuführen
- von Änderungen in der Art und Weise (Modus), die AL auszuführen (s. Roper et al. 1996a: 56).

Der zu pflegende Mensch (Patient/Klient) soll sich nach Roper et al. (1990: 51, 2000: 123) aktiv an seiner Pflege beteiligen. Sie sehen die Aufgabe der Pflegekraft darin, den Patienten zu ermutigen, die Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen und seine Autonomie auch während der Erkrankung zu schützen. Die aktive Beteiligung des Patienten⁴⁵ bzw. seiner Bezugspersonen an seiner Pflege erfordert (außer es handelt sich um ein kleines Kind oder um einen ‚verwirrten‘ oder bewusstlosen Patienten), eine Abkehr vom Bild des passiven Patienten. Diese Abkehr hat Folgen für die berufliche Pflege. Sie zieht Veränderungen im Rollenverständnis und im Verständnis der Aufgaben der Pflegekräfte ebenso nach sich wie eine Veränderung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsabläufe. Was die Arbeitsorganisation betrifft, verweisen Roper et al. (1995, 1996a, 2000) auf Organisationsformen der Pflege wie das Primary Nursing, das in Großbritannien auch mit dem Namen ‚New Nursing‘⁴⁶ verbunden wird.

Die nachstehende Abbildung 2.2. zeigt die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses basierend auf dem RLT-Modell.

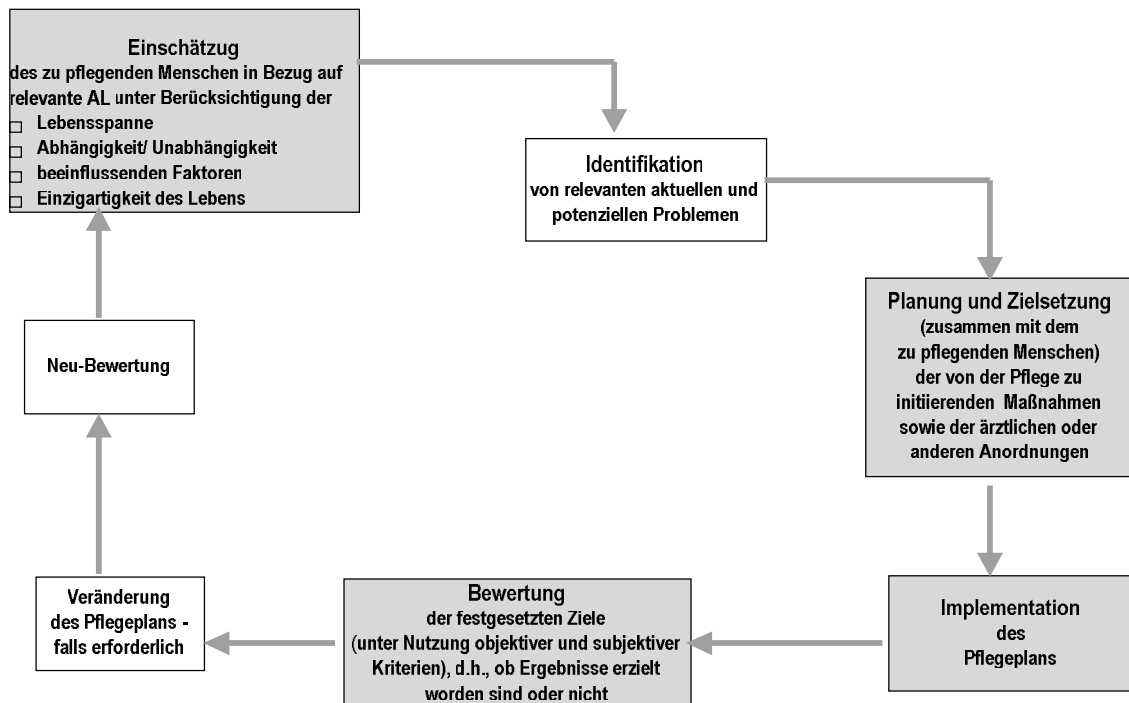


Abb. 2.2: Individualisierte Pflege als dynamischer Prozess auf Basis des RLT-Modells (s. Roper et al., 2000)

⁴⁵ Auch die Betrachtung des Patienten als Kunden erfordert eine andere Herangehensweise.

⁴⁶ In den letzten Jahren sind einige Arbeiten erschienen, die sich u. a. mit New Nursing beschäftigt haben. Beispielhaft sind zu nennen (s. Savage 1995, Davies 1995a, Allen 2001a, Allen/Hughes 2002).

Während die Organisationsformen der Pflege nach Roper et al. die Mittel zu Schaffung der Bedingungen für eine individualisierte, auf den zu pflegenden Menschen bezogene Pflege bereitstellen, steht seit der Einführung des Pflegeprozesses ein systematischer und strukturierter Ansatz für eine patientenbezogene Pflege zur Verfügung. Allerdings ist dieses Instrument, wenn es sinnvoll sein soll, auf einen konzeptuellen Bezugsrahmen, wie bspw. das RLT-Modell angewiesen. Roper et al (1996a: 15) heben die problematische Einführung und Umsetzung des Pflegeprozesses in Großbritannien hervor. Der damals gewählte Top-down Ansatz und der mit Macht erzwungene Änderungsprozess haben in der Folge zu vielen Missverständnissen und Problemen geführt. Sie betonen, dass schneller hätte verstanden werden können, dass

„es unmöglich sein würde, ein wahrhaft individualisiertes System der Pflege sofort (auf der Stelle) in ein Praxisfeld einzuführen, welches nach wie vor entsprechend einem im Kern „tätigkeitsorientierten anstelle eines patientenbezogenen Ansatzes funktioniert““ (Roper et al 1996a:15).

In Großbritannien zeigte sich erst in den folgenden Jahren, dass der Pflegeprozess vollumfänglich nur in Organisationsformen umsetzbar ist, in der die Zuweisung der Arbeit patientenbezogen erfolgt, wie etwa in der Primären Pflege (s. zusammenfassend für die deutsche Situation Mischo-Kelling 2003, Mischo-Kelling/Schütz-Pazzini 2007).

Im Mittelpunkt des RLT-Modells stehen der einzelne Mensch und in einem erweiterten Sinn die Familie bzw. seine Bezugspersonen oder die Gemeinde bzw. die Allgemeinheit. Das Kriterium für Roper et al., die Pflege mit dem Prozess des Lebens in Beziehung zu setzen, ist der Wunsch, die Lebensgewohnheiten eines Menschen im Fall der Inanspruchnahme professioneller Pflege so wenig wie möglich zu unterbrechen (s. Roper 1980, 1985, 1990, 1996a, 2000). Sie betrachten ihr Lebens- und Pflegemodell als einen konzeptuellen Bezugsrahmen, der in Verbindung mit dem Pflegeprozess und einer patientenbezogenen Organisationsform der Pflegekraft die Möglichkeit gibt, die Pflege individuell, d.h. auf den einzelnen Menschen bezogen zu gestalten. In diesem Zusammenhang konzentrieren sie sich schwerpunktmäßig auf die einzelnen AL und darauf, wie diese mit den anderen Konzepten des Lebens- und Pflegemodells zusammenhängen. Ihnen zufolge handelt es sich bei einem konzeptuellen Bezugsrahmen nicht nur um eine intellektuelle Hilfe, sondern um einen ganz praktisch zu verstehenden Bezugsrahmen für das, was eine Pflegekraft tut und wie sie es tut. Im folgenden Abschnitt stehen Arbeiten im Mittelpunkt, die sich ganz allgemein mit dem RLT-Modell befassen sowie Arbeiten, die auf die Anwendung und Umsetzung des Modells in unterschiedlichen Praxisfeldern eingehen. Diese werden unter dem Gesichtspunkt untersucht, inwieweit sie Hinweise auf die für diese Arbeit wichtigen Konzepte des Selbst, Selbstkonzepts und des Körperbilds liefern.

2.3 AUFNAHME/REZEPTION DES RLT-MODELLS, KRITIK UND ERFAHRUNGEN

Mit Blick auf die Aufnahme des RLT-Modells in der Fachöffentlichkeit (Berufsgruppe), die Kritik am RLT-Modell und die mit der Anwendung des Modells gemachten Erfahrungen ist es notwendig, zwischen der wissenschaftlichen Diskussion (vor allem der Meta-Theoriediskussion), sowie der Vermittlung und den Erfahrungen im Bereich der Ausbildung, im Studium, im Rahmen von Kongressen oder im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung und der Anwendung des Modells und den entsprechenden Erfahrungen in den diversen Praxisfeldern zu unterscheiden. Bezogen auf die Herausbildung eines beruflichen Selbst und Selbstkonzepts oder eines Images von Pflege ist von Bedeutung, welcher Stellenwert pflegetheoretischen Ansätzen in der Bildung und in der Praxis beigemessen wird (s. bspw. Rogers 1989, Wimpenny 2002, Timmins/O'Shea 2004, Timmins 2006, Chinn 2007). Roper et al (2000), aber auch Tierney (1998) vertreten die Auffassung, dass die Nutzung des RLT-Modells in der beruflichen Praxis die Pflegekräfte dabei unterstützen kann, die Arbeitsbeziehung zwischen Medizin und Pflege auf eine neue Basis zu stellen. Indem das Konzept der ‚Aktivitäten des Lebens‘ im Mittelpunkt des Modells stehe, ergebe sich für die Pflege die Möglichkeit, sich von der einseitigen Krankheitsorientierung zu lösen, die im ‚medizinischen Modell‘ vorherrschend sei und die Gesundheitsversorgung des 20. Jahrhunderts dominiert habe. Dadurch eröffne sich die Chance, den eigenständigen Bereich der Pflege zu entwickeln.

Dabei unterschätzen die Autorinnen jedoch die Möglichkeiten, die den Pflegekräften zur Entwicklung des eigenständigen Bereichs der Pflege zur Verfügung stehen, ein bis heute in der Pflegeforschung stark vernachlässigter Aspekt von außerordentlicher gesellschaftlicher und politischer Relevanz, wie am Beispiel der Finanzierung von Pflegeleistungen aufgezeigt werden kann (s. auch Roper et al 1980, 1990, 1994: 461).

2.3.1 ZUR ALLGEMEINEN REZEPTION UND KRITIK

Webb (1986: 9) bezeichnet das RLT-Modell als reduktionistisch, da es den Menschen auf die zwölf AL reduziere, auch wenn der Mensch von Roper/Logan/Tierney als ein ganzheitliches Wesen im Sinne der Berücksichtigung bio-psycho-sozialer Aspekte gesehen werde. Die biologischen Aspekte des Lebens würden in der ersten Version des Pflegemodells (1980) jedoch stärker betont als die psychologischen und sozialen Aspekte, was einer ganzheitlichen Sicht eher widerspreche. In die gleiche Richtung weist die Kritik von Chapman (1986: 13), die in ihrer Analyse die Arbeiten von Roper et al. bis 1983 reflektiert. Binnie⁴⁷ (1987: 88) kommt zu dem Ergebnis, dass es sich bei den genannten zwölf AL, auch wenn sie psychologische und soziologische Komponenten beinhalten, im wesentlichen um ‚körperliche Aktivitäten des Lebens‘ handele, wohingegen geistige Aktivitäten vernachlässigt würden. Diese Kritik ist schwer nachzuvollziehen, da z.B. die AL ‚Kommunizieren‘ nicht nur eine körperliche Dimension hat, sondern ein wesentliches Medium ist, um den Menschen als gesellschaftliches Wesen auszuweisen. Darüber hinaus hat diese Aktivität eine spirituelle Dimension. Auch die anderen Aktivitäten haben neben der körperlichen eine geistige und psychische Dimension. Die Vielfalt der möglichen Handlungsmuster wird allerdings erst im Zusammenspiel der verschiedenen Konzepte sichtbar, ein Punkt, auf den Roper et al. in ihren Veröffentlichungen immer wieder hinweisen (s. z.B. Roper 1996b, 2000).

Insgesamt erscheinen die fünf untereinander in Beziehung stehenden Konzepte des RLT-Modells einigen Autorinnen und Autoren als zu einfach, um die Komplexität pflegerischer Phänomene beschreiben zu können (s. hierzu Marriner-Tomey 2002, Roper et al. 2000, Bellmann 1996). Andere meinen, dass die Reichweite des Modells zu gering sei. Das Modell könne insofern eher in einem institutionellen Kontext und weniger in der ambulanten Pflege Anwendung finden (s. zusammenfassend für den britischen Kontext Page 1995).

Wie unter Punkt 2.2.1 erwähnt, finden sich in der ersten Auflage der ‚Elements of Nursing‘ von Roper et al. (1980) noch Aktivitäten wie präventive, zum Wohlbefinden beitragende und erkundende/erforschende Aktivitäten (s. auch Roper 1976a, b), die in den folgenden Überarbeitungen des Lebens- und Pflegemodells nicht mehr genannt werden. Ein Grund für diesen Verzicht bei der Beschreibung des menschlichen Handelns könnte darin liegen, dass die Beziehung zu den einzelnen AL nicht klar ist, oder aber darin, dass diese Aktivitäten von der Pflegekraft wahrgenommen werden, wenn sie sich bei der Pflege des Patienten auf dessen Ausübung der AL bezieht und ihn dabei unterstützt, einen möglichst hohen Grad an Unabhängigkeit zu erhalten. Dies kann dort der Fall sein, wo der Patient medizinische Hilfe nachfragt (s. z.B. Watkins 1987: 58). Das Weglassen dieser Aktivitäten ist indessen nicht nachvollziehbar. Die hierunter fallenden Aktivitäten verweisen auf die für das Leben wichtige Kompetenz eines Menschen, für die eigene Pflege selbst aufzukommen.

Weiter kommt im Pflegemodell die Erklärung zu kurz, in welcher Beziehung die von der Pflegekraft übernommenen Aktivitäten zu den einzelnen Konzepten des Pflegemodells stehen. Ebenso bleibt unklar, in welchem Verhältnis das auf die eigene Person bezogene pflegerische Handeln des Menschen/Patienten und das pflegerische Handeln der Pflegekraft zueinander stehen. Generell kann gesagt werden, dass das Verhältnis Pflegekraft-Patient, d.h. die Rollen, die beiden innerhalb der Beziehung zukommen, von Roper/Logan & Tierney in den verschiedenen Fassungen des Lebens- und Pflegemodells mehr oder weniger vernachlässigt werden. Der Fokus wird eher auf die vom Patienten eingenommene Rolle gelegt. Sie sprechen zwar immer wieder von den Aufga-

⁴⁷ Sie greift auf die Arbeit von Roper (1976a) sowie auf die Arbeiten von Roper/Logan/Tierney aus den Jahren 1980 und 1981 zurück.

ben der Pflegekraft und davon, dass die aktive Teilnahme des Patienten an seiner pflegerischen Versorgung eine radikal andere Herangehensweise erfordert als die traditionelle von der Krankheit und deren Symptomen ausgehende. Insgesamt bleiben beide Rollen jedoch verschwommen und es wird nicht deutlich, welche Bedeutung der Interaktion von Pflegekraft und Patient im Laufe des Pflegeprozesses zukommt. Darüber hinaus berücksichtigt das Modell in seiner jetzigen Form die Coping- bzw. Bewältigungsstrategien des Patienten nur unzureichend. Diese werden in den ersten Auflagen lediglich im Sinn der Reaktion auf einen stressauslösenden Reiz verstanden (s. Roper et al. 1980: 32f, 1985:37f), was offensichtlich mit der Vorstellung von einem aktiv handelnden Menschen nicht vereinbar ist. In der letzten Fassung des Modells werden Copingstrategien zwar erwähnt, aber nicht weiter theoretisch begründet oder ausgearbeitet (s. Roper et al. 2000).

Was die Rezeption des RLT-Modells in Deutschland betrifft, so hat das RLT-Modell, wie in Kapitel 1 erwähnt, die Curriculum-Diskussion in den alten Bundesländern seit seiner Veröffentlichung im Jahre 1987 maßgeblich beeinflusst (s. Hessisches Curriculum). Die Idee einer systematischen Weiterentwicklung und Modifikation des Modells bzw. einzelner Konzepte haben vor allem Mischo-Kelling (s. 1988, 1994, 2001a, b) und Krohwinkel (s. Krohwinkel et al. 1992, 1993, 1998, 2007) aufgegriffen⁴⁸. Krohwinkel hat das Konzept der ‚Aktivitäten des Lebens‘ aufgegriffen und weiterentwickelt.

2.3.2 EXKURS II.: DIE WEITERENTWICKLUNG DES KONZEPTS DER AL DES RTL-MODELLS DURCH KROHWINKEL

Das RLT-Modell und solche pflegetheoretischen Ansätze wie die von Martha Rogers, Hildegard Peplau, Joyce Travelbee, Dorothea E. Orem und Virginia Henderson haben Monika Krohwinkel (s. 1998: 135, 2007: 208f) angeregt, ihre Vorstellungen von Pflege zu konkretisieren. Dies geschah zunächst im Rahmen einer Studie, die sie in England durchgeführt hat. Mit Blick auf das RLT-Modell kam sie zu dem Ergebnis, dass

„die ausschließliche Anwendung von Lebensaktivitäten im Pflegeprozess dazu verleiten kann, zwar eine instrumentell-technisch korrekte Pflege durchzuführen, die einseitig auf physisch-funktionale Unabhängigkeit ausgerichtet ist. Existentielle Erfahrungen, welche Menschen bei der Ausübung ihrer Lebensaktivitäten machen, werden so aber im Pflegeprozess oft vernachlässigt. Dies trifft auch für die Bedeutung von Beziehung zu. (Krohwinkel 2007: 209)

An die in dieser Studie entwickelten Vorstellungen konnten Krohwinkel und Mitarbeiterinnen später im ersten, vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit geförderten deutschen Pflegeforschungsprojekt⁴⁹ in der Zeit von 1988 bis 1991 anknüpfen. Am Beispiel von Patientinnen mit der Diagnose Apoplexie (Schlaganfall) wurden Erkenntnisse über die umfassende Umsetzung des Pflegeprozesses sowie über den Beitrag der Pflege zur Gesundheitsentwicklung von Patientinnen gewonnen⁵⁰ (s. Krohwinkel et al. 1993).

Das theoretische Rahmenkonzept zur ganzheitlich (gesundheits-) fördernden Prozesspflege baut auf den vier zentralen Schlüsselkonzepten des pflegerischen Paradigmas auf – Person, Gesundheit, Pflege und Umwelt (s. Krohwinkel et al. 1993: 19). Mit Blick auf die handlungstheoretische Fundierung des RLT-Modells interessieren hier vor allem die Schlüsselkonzepte ‚Gesundheit‘ und ‚Pflege‘. Das erste Konzept, das die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) enthält, soll an dieser Stelle kurz zusammengefasst werden. In An-

⁴⁸ Brandenburg/Dorschner (2003) heben den Einfluss des RLT-Modells auf die Pflegekonzeption von Sr. Liliane Juchli hervor sowie auf die Entwicklung von Dokumentationssystemen (s. auch Vollstedt 1999). Die erwähnte, seit den 80er Jahren geführte metatheoretische Diskussion und die in diesem Rahmen vorgelegten Vorschläge zur Analyse und Evaluation von pflegetheoretischen Ansätzen haben – soweit ich erkennen kann –, so gut wie keinen Einfluss auf die deutschsprachige Rezeption des RLT-Modells gehabt.

⁴⁹ Dieses Projekt fand im Zusammenhang mit den im KrPflG (1985) formulierten Ausbildungszielen statt, wobei die Ziele einer „sach- und fachkundigen, umfassenden, geplanten Pflege von Patientinnen“ sowie der „Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten“ im Mittelpunkt standen. Es wurde von Monika Krohwinkel geleitet.

⁵⁰ Die Ergebnisse des Projektes wurden 1993 in der Schriftenreihe des o.g. Ministeriums veröffentlicht, in der Krohwinkel und Mitarbeiterinnen Teile des konzeptuellen Systems einer fördernden Prozesspflege vorstellen. Hierzu gehören das Rahmenmodell, das Pflegeprozessmodell, das AEDL-Strukturierungsmodell, das Managementmodell und das Modell zum reflektierenden Erfahrungslernen.

lehnung an Henderson, Orem und Roper et al. hat Krohwinkel das Konzept der ‚Aktivitäten des Lebens‘⁵¹ weiterentwickelt bzw. modifiziert, indem sie einige Aktivitäten anders gefasst und das Konzept um zwei Aktivitäten erweitert hat. Hierbei handelt es sich zum einen um die Aktivität ‚Soziale Bereiche des Lebens sichern‘, zum anderen um die Aktivität ‚Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen‘. An dieser Stelle ist erwähnenswert, dass Krohwinkel et al. (1993: 21) Gesundheit und Krankheit nicht als Zustände, sondern als dynamische Prozesse auffassen. Diese Sicht erlaubt es, sich nicht nur auf das pathologische Geschehen im Sinne von Defiziten zu beziehen, sondern an die Fähigkeit des Menschen anzuknüpfen, diese Prozesse zu fördern und zu stützen. Im 1993 veröffentlichten Strukturmodell lehnen sich Krohwinkel et al. bei den Aktivitäten an Begriffe von Roper et al. an (s. auch Krohwinkel 1992: 24). Bei einem Vergleich der Aktivitäten des Lebens im RLT-Modell mit den AEDL fällt jedoch auf, dass Krohwinkel et al. eine andere Akzentuierung der Aktivitäten vornehmen. Dies wird erst bei der Sichtung der den einzelnen AEDL im AEDL-Strukturierungsmodell zugeordneten Spezifika (Inhalte) deutlich. So münden die Aktivitäten des RLT-Modells ‚Atmen‘ und ‚Seine Körpertemperatur regulieren‘ bei Krohwinkel et al. (1993) in die Aktivität ‚Vitale Funktionen aufrechterhalten‘. Die im RLT-Modell genannte Aktivität ‚Für seine persönliche Hygiene sorgen‘ wird im AEDL-Strukturierungsmodell aufgesplittet in die Aktivitäten ‚Sich pflegen‘ und ‚Sich kleiden‘. Die im RLT-Modell genannte Aktivität ‚Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen‘ wird bei Krohwinkel et al. zur Aktivität ‚Sich beschäftigen‘. Das Thema Arbeit wird in der Aktivität ‚Soziale Bereiche des Lebens sichern‘ aufgegriffen, wobei diese Aktivität im o.g. Forschungsprojekt vor allem mit Blick auf die Phase nach dem Krankenhausaufenthalt aufgenommen wurde. Der Fokus dieser Aktivität liegt sowohl auf dem Patienten als auch auf seinen Bezugspersonen. Ein Schwerpunkt der pflegerischen Aktivitäten einer professionellen Pflegekraft ist in diesem Zusammenhang die Anleitung und Beratung. Die Aktivität ‚Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen‘ untergliedert sich, wie aus Tabelle 2.4 hervorgeht, in drei Subkategorien. Die Aktivität ‚Sterben‘, die im RLT-Modell vorhanden ist, wird im AEDL-Konzept unter der AEDL ‚Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen‘ in der Subkategorie ‚Die Existenz gefährdende Erfahrungen‘ gefasst.

Tab. 2.4: Die AEDL nach Krohwinkel 1993

AKTIVITÄTEN UND EXISTENTIELLE ERFAHRUNGEN DES LEBENS (AEDL)	Beispiele für die AEDL 13 „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunizieren 2. Sich bewegen 3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten 4. Sich pflegen 5. Essen und trinken 6. Ausscheiden 7. Sich kleiden 8. Ruhen und schlafen 9. Sich beschäftigen 10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten 11. Für eine sichere Umgebung sorgen 12. Soziale Bereiche des Lebens sichern können 13. Mit Existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen 	<p>Die Existenz gefährdende Erfahrungen wie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Unabhängigkeit • Sorge/Angst • Mißtrauen • Trennung • Isolation • Ungewissheit • Hoffnungslosigkeit • Schmerzen • Sterben <p>Die Existenz fördernde Erfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiedergewinnung von Unabhängigkeit • Zuversicht/Freude • Integration • Sicherheit • Hoffnung • Wohlbefinden <p>Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulturgebundene Erfahrungen wie Weltanschauungen, Glauben und Religionsausübung • Lebensgeschichtliche Erfahrungen

⁵¹ Krohwinkel spricht sowohl von Lebensaktivitäten als auch von Aktivitäten des Lebens.

Für das o.g. Forschungsprojekt wurde ein Rahmenmodell ganzheitlich-fördernder Prozesspflege entwickelt, in das die zuvor genannten Konzepte eingeflossen sind. Eckpunkte des Rahmenmodells sind:

- das primär pflegerische Interesse
- die primär pflegerische Zielsetzung
- die primär pflegerischen Hilfeleistungen (s. Krohwinkel et al 1993: 25ff).

Im Mittelpunkt des primären pflegerischen Interesses, d.h. der professionellen Pflege stehen der zu pflegende Mensch und die für ihn und seine Pflege wichtigen Bezugspersonen. Dieses Rahmenmodell ist 1997 nach Abschluss weiterer empirischer Untersuchungen im stationären Pflegebereich und nach 74 Einzelfallstudien in der häuslichen Pflege weiter präzisiert worden. Mit Blick auf das primäre pflegerische Interesse geht es Krohwinkel um die Erfassung von Fähigkeiten, die dem Patienten und/oder seinen Bezugspersonen dabei helfen, Probleme in der Realisierung der AEDL zu vermeiden und dort, wo sie auftreten, so zu bearbeiten, dass hierbei das Bedürfnis des Menschen nach Autonomie (Unabhängigkeit), Wohlbefinden und Lebensqualität bei der Realisierung seiner Lebensaktivitäten und im Umgang mit seinen existentiellen Erfahrungen beachtet und berücksichtigt wird (Krohwinkel 1998: 137). In diesem Zusammenhang sind seitens der Pflege primäre Einflussfaktoren wie Umgebung und Lebensverhältnisse, Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowie Diagnostik und Therapie (einschließlich Ressourcen und Defizite) zu beachten. Dies erinnert an das Konzept der beeinflussenden Faktoren im RLT-Modell.

Auch bei der primär pflegerischen Zielsetzung finden sich Konzepte, die schon im RLT-Modell vorkommen, wie das Konzept des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums. Krohwinkel geht es darum, das Wohlbefinden und die Unabhängigkeit der zu pflegenden Person in den für sie wichtigen Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens zu erhalten und zu fördern, und um das Wiedererlangen von Wohlbefinden und Unabhängigkeit (s. Krohwinkel/Müller 1989: 160f, Krohwinkel 1998: 139).

In verschiedenen Untersuchungen konnten die zentrale Bedeutung einzelner AEDL-Bereiche und die Beziehungen, die insgesamt zwischen den einzelnen AEDL bestehen, empirisch untermauert werden. Ebenso konnten die Auswirkungen, die die AEDL ‚Soziale Beziehungen sichern‘ und ‚Mit existentiellen Erfahrungen umgehen können‘ auf die Fähigkeiten, Probleme und Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen haben, aufgezeigt werden (s. Krohwinkel 1998: 142). Krohwinkel siedelt die Aktivität ‚Mit existentiellen Erfahrungen umgehen können‘ quer zu den anderen AEDL an, da diese AEDL sich in allen anderen AEDL widerspiegelt. Sie verdeutlicht dies anhand der AEDL ‚Kommunizieren‘: Letztere ist aufgrund neuer Erkenntnisse inzwischen ergänzt und in den einzelnen Bereichen neu geordnet worden⁵² (s. Krohwinkel 1998: 141f). Die Ergebnisse ihre Untersuchungen zu häuslichen Lebens- und Pflegesituationen (1995 bis 1999) haben Krohwinkel (2007) veranlasst, nicht mehr von AEDL, sondern stattdessen von ABEDL⁵³ zu sprechen. In dieses Konzept fasst sie drei Kategorien:

- die Aktivitäten des Lebens realisieren können
- soziale Kontakte und Beziehungen sichern und gestalten können
- mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können (Krohwinkel 2007: 220f).

Die Ausführungen von Krohwinkel zu den zur Kategorie ‚Aktivitäten des Lebens realisieren können‘ zählenden Subkategorien, die trotz Umbenennung eine gewisse Ähnlichkeit zu einigen AL des RLT-Modells aufweisen, zeigen die Komplexität und Vielschichtigkeit derselben auf. Bei der Beschreibung der Subkategorie ‚Kommunizieren‘ findet sich im Zusammenhang mit der in der Pflegedokumentation häufig anzutreffenden Aussage ‚ist zur eigenen Person und zu anderen Personen desorientiert‘ ein Hinweis auf das Körperbild.

⁵² Alles, was in dem Forschungsprojekt zu einer Aktivität gerechnet worden ist, ist im Materialband des Forschungsberichts (1993: 343-360) nachzulesen.

⁵³ A = Aktivitäten, B = Beziehungen, E = Existenzielle Erfahrungen, DL = des Lebens

Die Arbeiten von Krohwinkel belegen, dass das von ihr weiterentwickelte Konzept der AL in Richtung der ABEDL einen erweiterten Blick auf die Pflege ermöglicht. Um die Bedeutung dieses Konstrukts in seinen vielfältigen Dimensionen mit Blick auf den zu pflegenden Menschen und seine Bezugspersonen zu erfassen, bedarf es einerseits eines profunden Wissens im Sinne pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sowie von Erkenntnissen wichtiger Bezugswissenschaften und andererseits eines immer wieder zu reflektierenden Erfahrungswissens. Was beruflich Pflegende unter Pflege verstehen (s. auch Page 1995), hat mit ihrem Wissen, mit ihren Erfahrungen und mit ihrem beruflichen Selbst und Selbstkonzept zu tun. Ob letztere rigide oder flexibel sind, hängt nicht zuletzt auch von den Rahmenbedingungen der Pflege ab, worauf Krohwinkel immer wieder hinweist (s. zusammenfassend Krohwinkel 2007).

Auf die anderen, im RLT-Modell enthaltenen Konzepte geht Krohwinkel in ihren Veröffentlichungen nicht ein, ein Muster welches immer wieder bei der Rezeption des RLT-Modells angetroffen werden kann (s. bspw. Wingenfeld et al. 2007, Rowe 1995, Bellmann 1996, McLafferty/Farley 2007). Dieses ist sicherlich auf Roper et al. zurückzuführen, da sie die Aufmerksamkeit immer wieder auf das Konzept der AL lenken. Damit tragen sie gewissermaßen selbst dazu bei, die anderen Konzepte in den Hintergrund zu drängen. Dies führt dazu, dass die zwischen den einzelnen Konzepten des Lebens- und Pflegemodells bestehenden Beziehungen sowie das Potenzial des RLT-Modells kaum wahrgenommen werden. Die sich daraus ergebende Gefahr besteht in einer zu engen, funktionalistischen und instrumentellen Sicht des Modells (s. Murphy et al. 2000). Chapman (1987: 13) merkt an, dass bspw. die tatsächliche Berücksichtigung des Konzepts der beeinflussenden Faktoren bei der praktischen Anwendung des Modells, die sich laut Roper et al. auf die AL auswirken, der Literatur zufolge weitgehend in das Belieben der einzelnen Pflegekraft gestellt ist. Die unzureichende Kenntnis des RLT-Modells und seiner einzelnen Konzepte seitens der Pflegekräfte werden von Roper et al. (1996b: 310) als ein möglicher Faktor unter anderem für die nur in Ansätzen erfolgende Umsetzung gesehen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass nicht nur dem Vermittlungs-, sondern auch dem Verwendungszusammenhang von pflegetheoretischen Ansätzen und dem damit einhergehenden Wissenstransfer Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

2.3.3 VERMITTLUNG UND UMSETZUNG DES RLT-MODELLS

Insbesondere Arbeiten aus der jüngeren Zeit zum RLT-Modell haben gezeigt, dass das Modell prinzipiell in verschiedenen Praxisfeldern anwendbar ist (s. z.B. McCaugherty 1992, Hasseler 2001, Healy/Timmins 2003, Timmins 2006, Barnett 2007, McLafferty/Farley 2007). Allerdings können die einzelnen Konzepte des Modells den AutorInnen zufolge weder eins zu eins in die Praxis übertragen, noch im Sinne von ‚Kochbuchrezepten‘ genutzt werden. Sie erfordern eine gewisse Flexibilität und bedürfen der Anpassung an die gegebenen Verhältnisse. Weiter finden sich Hinweise, dass die Art und Weise, wie das Modell in der Praxis genutzt wird, vom Handelnden selbst, d.h. von den einzelnen Pflegekräften und ihrem jeweiligen Verständnis des Gesamtmodells und der einzelnen Konzepte abhängt. In diesem Zusammenhang wird auf die Notwendigkeit einer entsprechenden Vorbereitung der Pflegekräfte hingewiesen (s. O’Connor/Timmins 2002). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Erschließung pflegetheoretischer Ansätze wie des RLT-Modells sowohl über Bildungsmaßnahmen als auch über gezielte Maßnahmen der Entwicklung der pflegerischen Praxis möglich wird (s. auch Hollick 1998, McCormack/Manley/Garbett 2004).

Die fünf Konzepte des RLT-Modells sind als Hilfsmittel zu verstehen, mittels derer die Pflegepraxis inhaltlich strukturiert und pflegerische Phänomene von den Pflegekräften erkundet, gedeutet, verstanden und mit anderen pflegetheoretischen Ansätzen kombiniert werden können. Diese Möglichkeiten können nicht ausgeschöpft werden, wenn pflegetheoretische Ansätze als Dogmen oder Heilslehren begriffen werden, da eine solche Sicht nicht erlaubt, die Konzepte aufgrund praktischer Erfahrungen weiter zu entwickeln bzw. Wege zu finden, wie sich diese Ansätze in das Erfahrungswissen der Pflegekräfte integrieren lassen.

2.4 ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Rekonstruktion und Analyse des RLT-Modells in seinen verschiedenen Fassungen finden sich bei der Beschreibung der intellektuellen und emotionalen Entwicklung in der frühen sowie weiteren Kindheit Hinweise darauf, dass das Kind ein Selbstkonzept ausbildet (Roper et al. 1980: 44f, 1985: 46). Hierbei scheinen soziale Aspekte eine Rolle zu spielen. Allerdings wird dieses Konzept weder begründet, noch wird herausgearbeitet, welche Bedeutung es für den Menschen in seiner Auseinandersetzung mit der Umwelt und in der Ausübung der AL hinsichtlich der Pflege hat. In den späteren Auflagen tauchen verstreut Hinweise zum Selbst und zum Selbstkonzept auf, und zwar in Bezug auf die AL ‚für die persönliche Hygiene sorgen und sich kleiden‘, ‚seine Geschlechtlichkeit leben, ‚sich bewegen‘ und ‚schlafen‘. Das erscheint etwas willkürlich. Welche Rolle der Herausbildung des Selbstkonzepts für den Einzelnen in seiner Auseinandersetzung mit sich selbst, d.h. mit seinem sozialen, psychischen, körperlichen Selbst, und mit seiner Umwelt im weitesten Sinn zukommt, geht aus ihren weiteren Ausführungen nicht hervor. Auf dieses Manko macht Binnie (1987: 88) aufmerksam. Sie schreibt:

„So würde die Einbeziehung der geistigen Aktivitäten des menschlichen Seins (being) oder Leidens in das Ropersche Modell die Notwendigkeit betonen, dass die Pflegekräfte sich stärker als bisher mit solch vernachlässigten Bereichen beschäftigen wie dem Selbstkonzept, dem Körperbild, dem Selbstwertgefühl, persönlichen Werten, Motivationen, religiösen Überzeugungen, Ängsten, Befürchtungen, Verletzungen, Unsicherheit, Verlust, Trauer und Schmerz“ (Binnie 1987: 88).

Nachdem Roper et al. zunächst den Versuch unternommen hatten, ein umfassendes und aus wenigen Konzepten bestehendes Lebens- und Pflegemodell zu entwickeln, haben sie in den folgenden Jahren die einzelnen Konzepte weiter ausgearbeitet. Die von Binnie angemahnten Konzepte, insbesondere das Selbstkonzept und das Körperbild sind allerdings bislang von Roper et al. nur unzureichend aufgegriffen und nicht weiter entwickelt worden. Roper (1988: 35) erwähnt diese Konzepte unter dem Stichwort ‚den Patienten beim Habitualisieren⁵⁴/Rehabilitieren helfen‘ im Zusammenhang mit Behinderungen, die unabhängig von ihrem Auftreten eine Veränderung des Körperbildes und der eigenen Identität nach sich ziehen. Sie schreibt:

„Jeder Mensch hat ein ‚geistiges/mentales Bild‘ davon, wie er aussieht, sich verhält und mit anderen Menschen Beziehungen eingeht. Jegliche Störung seines Selbstkonzeptes ist ein erschütternder Schlag; eine Phase der Anpassung ist unerlässlich, damit die Veränderung und die Bedeutung, die diese für das Leben des Menschen hat, in sein Leben integriert werden kann“ (Roper 1988: 35).

In der vierten Auflage wird bei der Diskussion der einzelnen AL immer wieder auf die Selbstwertschätzung (self esteem) und das Selbstbild (self image) hingewiesen. Bei der Aktivität ‚Sich bewegen‘ wird kurz auf die Entwicklung des Selbstbildes eingegangen (s. Roper et al. 1996a: 288).

Die von mir für eine handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells als wichtig erachteten Konzepte des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbildes spielen im RLT-Modell keine zentrale Rolle. Wie bereits angedeutet, setzen sich Roper et al. in ihren verschiedenen Veröffentlichungen mit den Folgen, die die Umsetzung eines konzeptuellen Bezugsrahmens für die einzelne Pflegekraft und für einen Betrieb wie etwa für ein Krankenhaus hat, nur in Ansätzen auseinander. Zieht man die bei der Diskussion der einzelnen AL und der mit ihnen zusammenhängenden vier Konzepte verstreut zu findenden Hinweise zum Selbst und Selbstkonzept sowie die in der Literatur beschriebenen Erfahrungen mit dem RLT-Modell oder allgemein mit der Umsetzung pflegetheoretischer Ansätze in die Praxis heran (s. Ramsden 1997, Bellmann 1996, eher indirekt Rowe 1995, Wimpenny 2002, Fawcett 2005, Käppeli 2005, Graham 2006), dann ist davon auszugehen, dass der Wechsel eines konzeptuellen Bezugsrahmens wie des RLT-Modells Auswirkung auf das berufliche Selbst und Selbstkonzept der Pflegekräfte hat. Die Anwendung des RLT-Modells im Praxisfeld Krankenhaus erfordert nach meinen und nach den in der Literatur beschriebenen Erfahrungen vielfältige und auf unterschiedlichen Ebenen ansetzende Veränderungen:

- in der Organisation der Pflege (patientenbezogenes Organisationssystem)

⁵⁴ Habitualisieren = als Gewohnheit ausbilden, zur Gewohnheit machen (WAHRIG Fremdwörterlexikon 2007: 369).

- bei der Strukturierung der Pflege eines einzelnen Patienten (methodischer Ansatz)
- bei der inhaltlichen Gestaltung der Pflege (Konzentration auf den eigenständigen Bereich und Entwicklung des eigenständigen Bereichs)
- in der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient und seinen Bezugspersonen (aktive Einbeziehung des Patienten, seiner Bezugspersonen und Berücksichtigung seiner Lebensgewohnheiten einschließlich seines sozialen Umfeldes)
- in den Beziehungen zwischen der Pflege und anderen Gesundheitsberufen, allen voran zwischen Pflege und Medizin (Neugestaltung des Überlappungsbereichs oder auch des arztabhängigen Bereichs bzw. des Bereichs der Mitwirkung)
- des bestehenden Verständnisses der Pflege und der Pflegearbeit, d.h. der expliziten und impliziten Images von Pflege in diesem Praxisfeld.

In Deutschland besitzt das RLT-Modell nach Brandenburg/Dorschner (2003: 154) den Ergebnissen einer 1997 durchgeführten Befragung zufolge in der Pflegepraxis eine gewisse Attraktivität. Dies ist für sie ein Grund, das Modell theoretisch weiterzuentwickeln. Mein Motiv der Weiterentwicklung des Modells besteht darin, dass das RLT-Modell in seiner jetzigen Form, wie dargelegt, viele Fragen offen lässt. Es bietet jedoch, worauf auch die AutorInnen hinweisen (Roper et al 2000, Tierney 1998) vielfältige Anknüpfungspunkte für eine Weiterentwicklung. Mit Blick auf das Selbst, das Selbstkonzept und das Körperbild kommt den unter Pkt. 2.2.1 beschriebenen vier Handlungskomplexen eine wichtige Rolle zu:

- dem Handlungskomplex AL und den darunter fallenden einzelnen AL
- dem Handlungskomplex präventive Aktivitäten
- dem Handlungskomplex der Aktivitäten, die zum Wohlbefinden beitragen
- dem Handlungskomplex der suchenden, erkundenden Aktivitäten bzw. der Aktivitäten, die in den abhängigen Bereich der Pflege fallen (s. Roper 1976a, b, Roper et al. 1980).

Wie ich an anderer Stelle (s. Mischo-Kelling 2001a: 7) ausgeführt habe, bedürfen die Überlegungen von Roper et al. vor allem in Hinblick auf das Selbst, das Selbstkonzept und das Körperbild einer Weiterführung. Ihre Ausführungen zu den fünf Konzepten verweisen auf diese Begriffe, gehen jedoch nicht näher auf dieselben ein. Die Begriffe Selbstkonzept und Körperbild spielen in der Pflegewissenschaft eine wichtige Rolle. Neben Begriffen wie Verantwortung, Interaktion, Kommunikation gelten sie als zentrale Begriffe für die Pflege (s. etwa Expertengruppe der Robert Bosch Stiftung (1996: 10). Roper et al. gehen in ihrem Modell davon aus, dass die professionelle Pflege im Leben eines Menschen nur temporär in Anspruch genommen wird, dass die Pflegekraft sich in ihrem beruflichen Handeln dennoch (oder gerade deswegen) an den Lebensgewohnheiten des zu pflegenden Menschen orientieren muss, wenn sie etwas bewirken will. Sie muss den zu pflegenden Menschen als ganze Person wahrnehmen und auf ihn eingehen. Das bedeutet, dass sie die subjektiven wie objektiven Gegebenheiten seines Menschseins ebenso in Rechnung stellen muss wie sein Gewordensein und seine Zukunft. Im Gegensatz zur Medizin, in deren Mittelpunkt zuerst die Behandlung der (lokalisierten) Krankheit und nicht der kranke Mensch selbst, sein Kranksein, die persönliche Bewältigung seiner Krankheit oder die mit ihr verbundenen Folgen für seine Handlungsfähigkeit stehen, ist die professionelle Pflege in ihrem Handeln auf den zu pflegenden Menschen als ganze Person verwiesen, insofern sie auf seiner Kompetenz zur eigenen Pflege und Pflege seines Selbst aufbaut. Ein pflegerisches Handeln, das sich aus den allgemeinen Einsichten in das menschliche Handeln und Verhalten ableitet, muss, um als von der Medizin unabhängiges Handeln erkannt zu werden, auf der Mikro-, Meso- und Makroebene im öffentlichen wie im privaten Bereich beleuchtet werden. Das pflegerische Handeln als sozialer Handlungstyp muss aus zwei grundlegenden, unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden:

1. aus der Perspektive des Menschen in seiner jeweiligen alltäglichen Umwelt
2. aus der Perspektive desjenigen, der diesen Menschen pflegt.

Was letztere Perspektive betrifft, kann es sich um eine pflegende Person handeln, die sich um ihr Kind, einen Familienangehörigen oder einfach einen Mitmenschen kümmert, ohne dass dies einen beruflichen Zusammenhang konstituieren muss. In solchen Fällen vollzieht sich die Pflege des betreffenden Menschen innerhalb eines sozialen Systems bzw. einer sozialen Institution wie der Familie, innerhalb von Freundschaftsbeziehungen oder eines sozialen Netzwerks wie der Nachbarschaft. In anderen Fällen findet die

Pflege von gesunden, beeinträchtigt, behinderten, kranken jungen oder alten Menschen in Form der ambulanten oder stationären Versorgung in einem institutionellen Zusammenhang innerhalb des Sozial- und Gesundheitswesens als berufliche oder als ehrenamtliche Arbeit statt.

Welche pflegerischen Handlungskompetenzen sich ein Mensch im Laufe seines Lebens aneignet - so die These der vorliegenden Arbeit -, steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept, das der Mensch von sich, von seinem Körper, seinem Selbst und von seinen Fähigkeiten bzw. Kompetenzen hat. Dabei ist die Funktionsfähigkeit des Körpers die notwendige Voraussetzung zur Herausbildung eines Selbst und von pflegerischen Handlungskompetenzen. Diese treten entweder als allgemeine menschliche Handlungskompetenzen in Erscheinung oder in Form spezialisierter Kompetenzen und entsprechender Kenntnisse. Die professionelle Pflege baut auf allgemeinen Pflegehandlungskompetenzen auf, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und beruflichen Erfahrung weiter ausdifferenziert. An das modifizierte RLT-Modell (s. Mischo-Kelling 2001 a, b) und an die dort formulierten Ideen zu den Konzepten Selbst, Selbstkonzept und Körperbild knüpfe ich im nachfolgenden Kapitel 3 an. In Abbildung 2.3 wird der von mir behauptete Zusammenhang veranschaulicht.

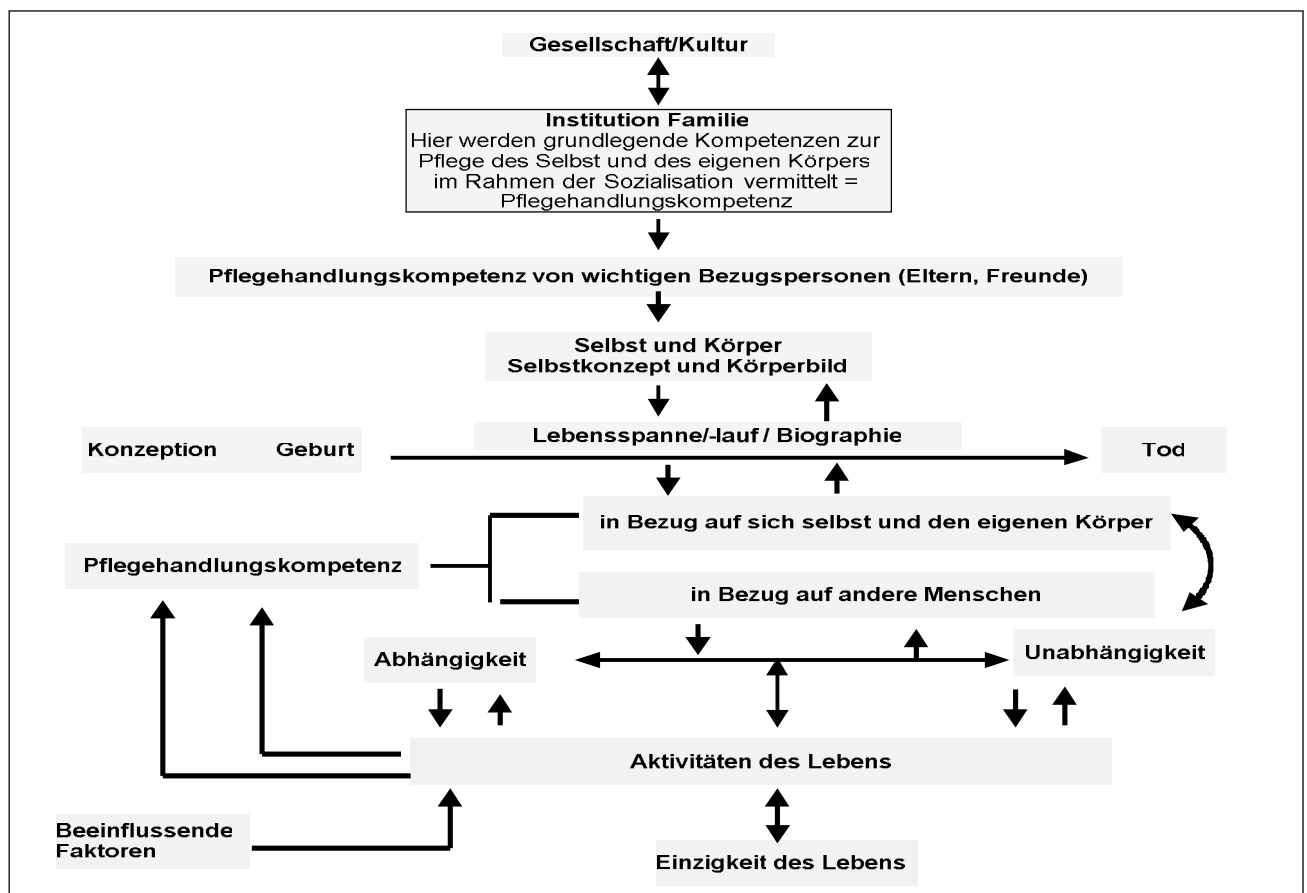


Abb. 2.3: Pflegerisches Handeln im Verlauf der Lebensspanne und im gesellschaftlichen Kontext

3. SELBST, SELBSTKONZEPT UND KÖRPERBILD IM KONTEXT VON HANDELN UND ARBEITEN –ERSTE ANNÄHERUNG AN DEN GEGENSTAND¹

Wie die Rekonstruktion und Analyse des RLT-Modells ergeben hat, verweisen die Konzepte des RLT-Modells sämtlich mehr oder weniger auf die Begriffe Selbst, Selbstkonzept und Körperbild ebenso wie die im ursprünglichen Modell beschriebenen vier Handlungskomplexe

- der AL insgesamt und der einzelnen AL
- der präventiven Aktivitäten
- der zum Wohlbefinden beitragenden Aktivitäten
- der suchenden, erkundenden, bzw. der Aktivitäten, die in den abhängigen Bereich der Pflege fallen (s. Kap. 2).

In diesem Kapitel geht es primär um die Frage, wie menschliches Handeln im Allgemeinen und pflegerisches Handeln im Besonderen möglich ist, wie ein Grad von Handlungskompetenz in Bezug auf die eigene Pflege und die Pflege Anderer im Laufe des Lebens angeeignet und aufrechterhalten werden kann und darum, wie die Begriffe Selbst, Selbstkonzept und Körperbild mit dem menschlichen Handeln und den dabei ablaufenden Prozessen verbunden sind. Meine Auseinandersetzung mit den Arbeiten von Dorothea E. Orem und mit zentralen Arbeiten des amerikanischen Pragmatismus, hier vor allem mit dem Werk von George Herbert Mead, mit den Arbeiten von Anselm Strauss und MitarbeiterInnen hat mich motiviert, mich intensiver mit dem Thema ‚Pflege als soziales Handeln‘ zu befassen und es aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Dabei ist deutlich geworden, dass es notwendig ist, Pflege im gesellschaftlichen Prozess zu betrachten und hierbei zwei grundlegend unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen und zwar

- diejenige des Menschen, der sich in seiner alltäglichen Umwelt selbst pflegt bzw. der gepflegt wird
- diejenige des Menschen, der einen anderen Menschen pflegt.

Was die o.g. Begriffe betrifft, sind diese Anfang der 1950er Jahre von der sich etablierenden Pflegewissenschaft zuerst im Rahmen pflegetheoretischer Vorstellungen aufgegriffen worden (s. Peplau 1995, King 1981, Roy 1976, 1981). In den 1970er Jahren fand im Zusammenhang mit dem Aufkommen von Pflegediagnosen eine weitere systematische Beschäftigung mit diesen Begriffen in Bezug auf die Pflegediagnose ‚Selbstkonzept-Störung‘ oder ‚gestörtes Selbstkonzept‘ statt (s. hierzu z.B. Taylor et al. 1989, Thompson et al. 1986, Gordon 1994, Gordon/Bartholomeyczik 2001, Carpenito 1989, 1995, 2002). Diese Pflegediagnose und die hierbei dem Selbstkonzept zugeordneten vier Subkategorien – Körperbild, Selbstwertschätzung, Rollenerfüllung/-ausführung, persönliche Identität – unterliegen seitdem bezüglich ihrer Bezeichnung und ihrer Zuordnung Wandlungen.

Darüber hinaus befasst sich die Forschung mit Fragen der beruflichen oder professionellen Identität bzw. mit dem professionellen Selbstkonzept von Pflegekräften in bestimmten Praxisfeldern. Dabei werden der Statuswechsel vom Studenten zur Pflegekraft bzw. das Thema professionelle Identität/Selbstkonzept als weitere Fragestellungen behandelt². Eine andere Richtung betrachtet die in dieser Arbeit interessierenden Konzepte aus der Perspektive des Patienten/der pflegenden Angehörigen (s. Corbin/Strauss 1988/1993, Corbin 2003, Charmaz 1991, 1997, 2000, Morse/Johnson 1991, Warren et al. 2000).

Das Ziel des Kapitels besteht nicht darin, die Fülle der vorliegenden Arbeiten zu diesen Begriffen vorzustellen. Stattdessen soll der Zusammenhang, der zwischen diesen Begriffen und dem menschlichen Handeln besteht, herausgearbeitet werden. In einem ersten Schritt wird ein allgemeiner grober Überblick zum Diskussionsstand in den Sozial- und Humanwissenschaften sowie in der Pflegewissenschaft gegeben. Es wird dargestellt, wie diese Begriffe in den für die Pflege relevanten Bezugswissenschaften aufgegriffen und wie diese Erkenntnisse dann in

¹ Erste Ideen zu diesem Kapitel habe ich in dem 2001 veröffentlichten Kapitel ‚Chirurgie und Pflege – Grundzüge einer Theorie des pflegerischen Handelns‘ formuliert (s. Mischo-Kelling 2001a).

² s. bspw. Arthur/Thorne 1998, Arthur/Randle 2007, Björkström et al. 2007, Corwin 2001, Corwin et al. 2008, Corwin/Hengstberger-Sims 2006, Ewens 2003, Fagermoen 1997, Gregg/Magilvy 2001, Lingard et al. 2002, MacIntosh 2003, Napiwotzki 1998, Olthuis et al. 2007, Öhlén Segesten 1998, Tewes 2002, Wengström/Ekedahl 2006, Ware 2008.

die allgemeine pflegewissenschaftliche Diskussion auf internationaler Ebene und in Deutschland aufgenommen worden sind. Dann werde ich anknüpfend an die Ideen des amerikanischen Pragmatismus auf die Bedeutung der Begriffe Selbst, Selbstkonzept und Körperbild in Bezug auf menschliches Handeln eingehen. Im Vordergrund stehen hierbei vor allem die Arbeiten von George Herbert Mead, dessen Ideen sich ebenso wie die von John Dewey im handlungstheoretischen Ansatz von Anselm Strauss³ (1991a, 1993) widerspiegeln. Die allgemeine Bedeutung dieser philosophischen Tradition und der von ihr inspirierten empirisch begründeten Theorie des Handelns von Strauss besteht für die Pflege darin, dass hier der Dualismus von Geist und Körper überwunden wird. Damit sind die dieser Theorie zugrunde liegenden Annahmen von außerordentlicher Relevanz für eine *Theorie des pflegerischen Handelns*. So wird etwa unterstellt, dass der menschliche Körper als Voraussetzung jeden menschlichen Handelns gesehen werden muss, dass ein Handeln ohne den Körper nicht möglich ist, dass alles Handeln in – vergangene, gegenwärtige und zukünftige – Interaktionen eingebettet ist, dass Menschen von ihrer Geburt an und im Verlauf ihres Lebens ein Selbst entwickeln, welches in ihrem Handeln auf vielfältige Art und Weise zum Tragen kommt (Strauss 1993: 23ff, Mead⁴ 1932/1934/1936/1938). Bei der Rekonstruktion der Arbeiten Meads greife ich auf sein frühes und spätes Werk⁵ zurück sowie auf neue Veröffentlichungen, in denen unveröffentlichte Originaltexte Meads zugänglich gemacht werden und sein Werk neu interpretiert wird. Weiter gehe ich auf die deutsche Rezeption⁶ und auf Vorstellungen ein, die hierzu insbesondere aus der Sicht eines feministischen Pragmatismus⁷ sowie aus der Pflegewissenschaft vorliegen. Dabei werden zentrale Ideen Meads zur Genese des Selbst und zu dessen Funktion für das menschliche Handeln nachgezeichnet und nach Anknüpfungspunkten für eine alle Formen des menschlichen Handelns berücksichtigende Theorie des Pflegehandelns gesucht. Dies setzt voraus, dass Meads Werk in einem größeren Kontext betrachtet wird⁸. Schliesslich erfolgt der Rückgriff auf die Arbeiten Deweys sowie von Strauss und MitarbeiterInnen vor allem in Hinblick auf das gewohnheitsmäßige Handeln.

3.1 SELBST UND SELBSTKONZEPT: EIN ERSTER ÜBERBLICK

Die Beschäftigung mit dem Menschen, seinem Wesen, seinem Selbst und seinen Selbst-Konzeptionen ist für die Philosophie und die sich aus ihr entwickelnden Wissenschaften vom Menschen ein altes Thema (s. bspw. Abels 1998, 2006, Gottschalch 1991, Greve 2000, Frey/Haußer 1987; Haußer 1995, Keupp et al. 1999, Keupp/Hohl 2006, Krappmann 2005, Lindesmith et al. 1999, Mummendey 2006, Ritsert 2001, Schachinger 2002, Straub/Renn 2002). Die hierzu vorgelegten Vorstellungen zeigen, wie der Mensch, sein Körper, sein Geist und

³ In seiner Arbeit ‚Continual Permutations of Action‘ hat Strauss 1993 zentrale Konzepte dieser Tradition und seiner Arbeiten zu einer Theorie des sozialen Handelns verdichtet und ausgearbeitet. Er stellt seiner Theorie des Handelns 19 Annahmen voran, die an dieser Stelle nicht alle referiert werden sollen.

⁴ Die Werke von Mead werden im Weiteren wie folgt zitiert: *Philosophy of the Present* (1932/2002) = **PP**, *Mind, Self & Society* (1934/1968) = **MSS** (deutsch 1973: **GIG**), *Movements of Thought in the Nineteenth Century* (1936/1972) = **MT**, *Philosophy of the Act* (1938/1972) = **PA**; *Philosophie der Erziehung* = **PE** (Typoskript der Vorlesungsreihe von 1910-11 in der Fassung von Juliet Hammond, herausgegeben in deutscher Übersetzung von Daniel Tröhler und Gert Biesta 2008).

⁵ Die Arbeiten Meads können laut Deegan (2008: 6) in eine frühe und eine späte Phase unterteilt werden. Die erste umspannt den Zeitraum von Ende der 1880 Jahre bis etwa 1921. In die zweite Phase fallen die o.g. nach seinem Tod 1931 posthum veröffentlichten Bücher. Eine wichtige Quelle für frühere Arbeiten ist das Meadproject von Robert Throop und Lloyd Ward, Toronto (2007, zugänglich über: <http://www.brocku.ca/Mead/Mead/mead-biblio2.html>).

⁶ In Deutschland sind dies vor allem Hans Joas und Axel Honneth. In den USA hat Anselm Strauss – wie erwähnt – die Ideen des Amerikanischen Pragmatismus und des symbolischen Interaktionismus zu einer Handlungstheorie verdichtet. Ein anderer für mein Anliegen wichtiger Strang sind die Weiterentwicklungen der Ideen des amerikanischen Pragmatismus im Rahmen des feministischen Pragmatismus (s. Deegan/Hill 1987; Deegan 1995, Seigfried 1996, Sullivan 2001). Diese sind bisher weder in Deutschland, noch innerhalb der Pflegewissenschaft rezipiert worden. Auf diese Vorstellungen werde ich ebenso eingehen wie auf die Rezeption des amerikanischen Pragmatismus in der Pflegewissenschaft. Weitere allgemeine wichtige Hinweise für die in dieser Arbeit angestrebte Reformulierung des RLT-Modells finden sich in Arbeiten, die die Themen Identität, Selbstkonzept und Körperbild aufgreifen. Beispielhaft sei hier die Arbeit von Lothar Krappmann zum Thema ‚Identität‘ genannt sowie neuere Arbeiten in dieser Richtung von Keupp et al. (1999) und Haußer (1995).

⁷ Deegan (1988) unterscheidet in Bezug auf Jane Addams, eine Kollegin Meads, zwischen einem ‚cultural feminism‘ und einem ‚critical pragmatism‘. Ich werde beide sowie neuere Strömungen unter dem Oberbegriff ‚feministischer Pragmatismus‘ behandeln.

⁸ Carreira da Silva (2008) verwendet zur Rekonstruktion des Meadschen Werks oder Gedankensystems die Metapher eines von drei Säulen gestützten Gebäudes: die Säulen der Wissenschaft, der Sozialpsychologie und der Politik.

seine vorhandene oder nicht vorhandene Seele begriffen wird und wie der Mensch zu einem Bewusstsein von sich selbst, d.h. zur Erkenntnis seiner selbst und seiner Welt gelangt. In all diesen Vorstellungen scheint ein Grundkonflikt auf, der das Verhältnis von Geist und Körper bzw. Leib und Seele, von Mensch und Natur, von subjektiven und objektiven Gegebenheiten betrifft. Je nachdem, wie diese Vorstellungen im Einzelnen ausfallen, geraten oft nur Teile oder Aspekte des menschlichen Seins wie zum Beispiel der Körper, die Psyche oder die Triebe in den Blick und werden zum exklusiven Bereich der einen oder anderen Wissenschaftsdisziplin erklärt.

Hinter dem Begriff Mensch verbirgt sich jedoch keine allen Menschen gleichermaßen zugehörnde und universell gültige Vorstellung vom Menschen. Vielmehr finden sich in den verschiedenen Vorstellungen dazu z.B. Aussagen über das Verhältnis der Geschlechter, insofern den Geschlechtern bestimmte Rollen, Eigenschaften usw. zugewiesen werden⁹. Daraus folgt, dass es sich bei den zur Diskussion stehenden Begriffen weder um neutrale noch um geschlechtsunabhängige Begriffe handelt. Dies gilt es, im Blick zu behalten. Die Begriffe Selbst, Selbstkonzept und - neuerdings vermehrt - auch Körperbild sind Untersuchungsgegenstände verschiedener Disziplinen, die von diese unterschiedlich behandelt und teils auch anders als in der vorliegenden Arbeit bezeichnen. Der Begriff Selbst ist wie Identität ein häufig beanspruchter Begriff. Im deutschsprachigen Raum wird in diesem Zusammenhang auch von Selbstbild, Identität oder noch allgemeiner von Image (z.B. Kleinig/Moore 1959) und seit den 1970er Jahren von Ich-Identität¹⁰ gesprochen¹¹. Mit Blick auf die Rezeption der für diese Arbeit wichtigen Arbeiten von Mead gibt es hinsichtlich der von ihm verwendeten Begriffe wie *Self*, *I* und *Me* keine von allen AutorInnen einheitlich benutzte Übersetzung. Im folgenden Abschnitt sollen die Vorstellungen zu Self, I and Me skizziert werden, die bis zum Beginn der 1950er Jahre, dem Zeitpunkt der Veröffentlichung der ersten pflegetheoretischen Ansätze, vorlagen.

3.1.1 ERSTE VORSTELLUNGEN: ENDE DES 19. JAHRHUNDERTS BIS ZU DEN 1950ER JAHREN

Hans Joas (1996: 358) verortet den Ursprung der soziologischen Identitätskonzeption in den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts in den USA. Seiner Meinung nach lieferte eine Arbeit von William James den Ausgangspunkt, in der dieser

„das Bewusstsein nicht länger als eine Art von Behälter aufzufassen [versucht], sondern als einen Strom, in dem nach eigenen Gesetzen Gedanken und Gefühle auftauchen und untergehen. Zu den stabilisierenden Inseln in diesem Strom zählt für James ganz wesentlich das ‚self as known‘, das Selbst nicht als Subjekt, sondern als Objekt der Erkenntnis. Dieses ‚empirical self‘, das zusammen mit dem reinen Ich als Subjekt der Erkenntnis das ‚total self‘ bildet, zerfällt nach James in ein ‚materielles self‘, ein ‚social self‘ und ein ‚spiritual self‘, je nachdem, ob es sich in Auseinandersetzung mit der Welt der Dinge, der Menschen oder der eigenen Gefühle und Fähigkeiten bildet.“

⁹ Siehe hierzu Aboulafia 2001, Benhabib 1992, Butler 1991, Davies 1995a, 2003, Deegan/Hill 1987, Deegan 1995, 2001a, b, 2008, Jungwirth 2007, Lindesmith et al. 1999, Rosenberg 1982, Sullivan 2001, Stockmeyer 2004, Wiley 1994, 2003.

¹⁰ Die deutsche Übersetzung von self mit Ich-Identität ist m. E. problematisch (s. kritisch hierzu auch Tugendhat 1979, Wittpoth 1994, Jungwirth 2007). Die Einschätzung Tugendhats teilt auch Jürgen Habermas (1985, Bd.2: 11). Er verwendet gleichwohl in seiner Rezeption Meads (Habermas 1985, Bd. 2: 11-68) den Begriff ‚Identität‘. Im angelsächsischen Sprachraum hingegen wird sehr genau zwischen ‚self‘ und ‚identity‘ unterschieden, während in der entsprechenden deutschsprachigen Literatur höchst unbekümmert und m.E. ungenau mit diesen Begriffen umgegangen wird. Dass der Mensch z.B. verschiedene Identitäten annehmen kann (s. hierzu Stone 1981, Lindesmith et al. 1999), stellt nur einen, wenngleich wichtigen Aspekt in Bezug auf das Selbst dar. Diese Unbekümmertheit bei der Übersetzung stellt für das Verständnis der Funktion, die dem Selbst nach Mead beim menschlichen Handeln zukommt, eine Hürde dar. Statt dass der Blick auf das Handeln und auf die Bedingungen des Handelns gelenkt wird, wird er davon abgelenkt. Ich werde mich bei meiner Verwendung der Begriffe eng an die englischsprachigen Texte halten und den Begriff ‚Identität‘ nur dann verwenden, wenn er in diesen Texten erwähnt wird. Das Argument von Joas (s. 1987, GA I: 17), den Begriff ‚self‘ ins Deutsche mit dem Begriff Ich-Identität bzw. abgekürzt Identität zu übertragen, weil dies dem Sprachgebrauch eines Großteils der Soziologie und Psychologie entspreche bzw. als ‚Selbst‘ in Bezug auf die sich auf Mead beziehenden sozialwissenschaftlichen Stränge merkwürdig klänge, ist wenig überzeugend. Es geht hier m.E. nicht um den Klang, sondern um das Nachvollziehen von Gedanken. Dieses wird mit der landläufigen Übersetzung von ‚self‘ mit ‚Ich-Identität‘ bzw. ‚Identität‘ erschwert. Auch der Hinweis (Joas 1996: 360; 1997: 236), dass der Begriff der Ich-Identität auf Erik Erikson zurückgehe und es seit Ende der 1940er Jahre Versuche gegeben habe, die Ideen von Mead und Erikson zu kombinieren, rechtfertigt m.E. die Übersetzung von ‚self‘ mit ‚Ich-Identität‘ nicht.

¹¹ Zum Beispiel: Joas 1989, 1992a, 1992b, Barkhaus et al. 1996, Keupp/Höfer 1997, Keupp et al. 1999, Straub/Renn 2002, Krappmann 2005, Keupp/Hohl 2006.

Wollte man über diese Idee hinausgehen, war es nach Joas (1996: 359) erforderlich,

„den Begriff des Bewusstseins über die Metapher vom Bewusstseinsstrom hinaus mit der Handlung zu verknüpfen und das Selbst in all seinen Aspekten als Resultat sozialer Interaktion zu denken [...]“

An dieser Stelle sei angemerkt, dass sich von den verschiedenen Versuchen, in diese Richtung zu denken, derjenige von Mead in der Soziologie durchgesetzt hat, auf den weiter unten (s. 3.2) näher eingegangen wird.

Nach Peter Wagner (2002, 2006) taucht das Wort ‚self‘ in der englischen Sprache erst im 17. Jahrhundert auf. Dies bedeutet aber nicht, dass den früheren Denkern, die heute virulente Frage nach der personalen Identität nicht vertraut war. Im Gegenteil war die Frage nach der Kontinuität und Kohärenz der Person im Verlauf des Lebens lange bekannt, bevor Ende des 18. Jahrhunderts die entstehenden Sozialwissenschaften die Frage neu formulierten und dabei die Reichweite ihrer Antworten eher einengten. Eine Öffnung dieses Diskurses setzte erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts ein und ist in Deutschland mit Namen wie Friedrich Nietzsche und Sigmund Freud verbunden (s. Wagner 2002: 306); in den USA mit Namen wie William James, James Mark Baldwin, Charles Horton Cooley sowie mit George Herbert Mead. Letzterer entwickelte eine anthropologische Theorie der Spezifika menschlicher Kommunikation und Sozialität schlechthin und im Anschluss daran eine genetische Analyse der Entwicklung des ‚self‘ beim Kind (s. Joas 1996: 359f). Nach Ingrid Jungwirth (2007) stellten die von Cooley und Mead entwickelten Vorstellungen zum Selbst eine Zäsur dar. Ihre Definition zeigt zum ersten Mal ein sozialtheoretisches anstelle eines philosophischen Verständnisses des Begriffs Selbst. Zu einer stärkeren Beschäftigung mit diesem Thema kommt es erst nach dem Zweiten Weltkrieg (s. Joas 1996, 1997). Sie-ger/Chapman (1985: 5f) heben mit Blick auf zeitgenössische Konzeptionen von Individualität hervor, dass

„diese sowohl hinsichtlich ihrer biographischen Herausbildung als auch hinsichtlich ihrer lebensgeschichtlichen Aufrechterhaltung als relationales Konzept ausgewiesen wird. Sie wird im Konzept von Ego-Alter-Beziehungen konstituiert“.

An letzterer Vorstellung entzündeten sich im Verlauf der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Zusammenhang mit der Frauenforschung und der Entstehung feministischer Theorien, sog. *queer*-Theorien und postkolonialer Theorien (s. Jungwirth 2007) erhebliche Debatten, auf die im Zusammenhang mit den Vorstellungen des feministischen Pragmatismus noch eingegangen werden soll (s. mit Blick auf die Pflege Canales 2000, Davies 2003, Johnson et al. 2004).

Was die USA betrifft, behauptet Ruth Wylie (1974: 1ff), dass das Interesse an dem Thema ‚Selbst‘ in der amerikanischen Psychologie in den 1920er, 1930er und 1940er Jahren gering war. Dies änderte sich offenbar in den 1940er Jahren, wo die Beschäftigung mit dem Selbst in der Neo-Psychoanalyse und in der humanistischen Psychologie, deren bekannteste Vertreter Abraham A. Maslow und Carl R. Rogers sind, wieder aufgegriffen wurde. Weiter existierten bis 1949 offensichtlich nur wenige empirische Arbeiten zum Selbst. Wird die Beschäftigung mit dem Selbst in den verschiedenen Disziplinen zum Zeitpunkt der Veröffentlichung von Peplaus Arbeit im Jahr 1952 betrachtet, so lagen neben den Arbeiten der Pragmatisten die Arbeiten der NeopsychoanalytikerInnen Karen Horney, Frieda Fromm-Reichmann, Erich Fromm, Erik H. Erikson sowie von Harry Stack Sullivan vor. Hinweise, dass Ideen des amerikanischen Pragmatismus schon früh in der Pflege aufgegriffen wurden, finden sich bei Bertha Harmer (s. Kap. 1, 2). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gelangen diese dann vor allem über die in Zusammenarbeit mit Strauss entstandenen berufsgruppenübergreifenden Forschungsarbeiten eher implizit in die Pflege. Juliet Corbin (2008), Mitautorin des mit Strauss herausgegebenen Buchs ‚*Basic of Qualitative Research*‘, hat dies explizit gemacht.

3.1.2 DIE WEITERENTWICKLUNGEN DIESER VORSTELLUNGEN SEIT DER ZWEITEN HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS UND IHRE REZEPTION IN DER PFLEGEWISSENSCHAFT

Mitte des 20. Jahrhunderts scheint das Interesse an der Beschäftigung mit den hier im Fokus stehenden Begriffen in den USA rasant zugenommen zu haben. Viktor Gecas (1982:1) unterscheidet in seinem Übersichtsartikel zwei

Hauptströmungen in der amerikanischen Sozialpsychologie, eine soziologisch und eine psychologisch orientierte. Beide seien für das Selbstkonzept gleichermaßen wichtig, auch wenn sie sich in ihrem jeweiligen Fokus unterscheiden. Er schlägt vor, zwischen den Begriffen Selbst und Selbstkonzept zu unterscheiden. Als Selbst versteht er

"the process of reflexivity which emanates from the dialectic between the 'I' and 'ME'" (Gecas 1982: 2f).

Beim Selbst handelt es sich entsprechend den Formulierungen von William James' (1890) und Meads (1934) um ein reflexives Phänomen, welches sich in der sozialen Interaktion entwickelt und auf dem sozialen Charakter der menschlichen Sprache gründet (s. Gecas: 3). Das Selbst-Konzept hingegen ist das Produkt dieser reflexiven Handlungen. Es handelt sich hierbei um jenes Konzept,

"welches der Einzelne von sich selbst als physisches, soziales, spirituelles oder moralisches Wesen hat" (ebenda: 3).

Nach Gecas (1982: 4) haben wir es beim Selbst-Konzept mit einem auf Erfahrung basierenden Phänomen zu tun. Das Interesse der Sozialpsychologie richtet sich auf verschiedene Dimensionen des Selbst-Konzepts. Er schlägt vor, zwischen den **Inhalten** von Selbstkonzepten, **den Identitäten**, und den **Selbstbewertungen** (self-esteem/Selbstwertschätzung) zu unterscheiden¹².

Mit Blick auf die Bedeutung, die diesen Phänomenen in der Pflegewissenschaft insbesondere im Bereich der Pflegediagnostik zukommt, datiert Priscilla LeMone (1991: 127) die historische Herkunft des Begriffs in ihrer Konzept-Analyse auf das Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts und verweist mit Blick auf die theoretische Richtung des Symbolischen Interaktionismus auf James, Cooley und Mead (s. auch McFarland/McCann 1986: 1814f). Bei der zweiten, von ihr erwähnten Richtung, den phänomenologisch orientierten Theorien innerhalb der Psychologie tauchen die Namen Arthur W. Combs & Donald Syngg auf sowie die von Rogers und Maslow, auf die in der Pflegewissenschaft immer wieder Bezug genommen wird. Beiden Richtungen ist gemein, dass sie davon ausgehen, dass das Selbstkonzept das Ergebnis sozialer Erfahrungen ist und dass es das Verhalten bestimmt. Stellvertretend seien hier Syngg/Combs (1959) genannt, nach denen es unendlich viele Möglichkeiten gibt, das Selbst zu beschreiben. Jeder Mensch habe vielfältige Möglichkeiten sich selbst zu sehen bzw. wahrzunehmen. Sie heben hervor, dass einige Selbst-Wahrnehmungen, wie z.B. die Wahrnehmung des eigenen Geschlechts von grundlegenderer Bedeutung zu sein scheinen als andere. Selbstkonzepte variieren in Schärfe oder Klarheit, was sie als *figure-ground relationship* bezeichnen. Als charakteristische Merkmale eines Selbst beschreiben sie *Konsistenz* und *Stabilität*.

Bezogen auf die Pflegepraxis betonen McFarland/McCann (1986: 1813ff), dass es für das Verständnis eines anderen Menschen wichtig sei, das Selbstkonzept und die Standards zu verstehen, mittels derer er sich selbst bewertet. Da das Selbstkonzept des zu pflegenden Menschen einer der wichtigsten Schlüssel zum Verständnis seines Verhaltens ist und da Pflegekräfte in der Pflegepraxis immer wieder mit Menschen konfrontiert werden, die an einem gestörten Körperbild, an mangelnder Selbstwertschätzung usw. leiden, sei es wichtig, Strategien zu entwickeln, wie das Selbstkonzept des zu pflegenden Menschen eingeschätzt werden kann, um im weiteren Verlauf mit geeigneten Maßnahmen zu einem verbesserten Selbstkonzept des zu pflegenden Menschen beitragen zu können (s. auch Thelan et al. 1994). Mit Blick auf die therapeutische Wirksamkeit pflegerischen Handelns sei des Weiteren ein Verständnis der **Funktionsweise** des Selbstkonzepts von außerordentlicher Bedeutung. Sie heben zusammenfassend hervor, dass das Selbstkonzept

➤ „der bedeutendste Aspekt der wahrgenommenen Welt eines Menschen ist

¹² In der Soziologie des Selbst, so Gecas (1982: 5), habe sich die Auffassung durchgesetzt, „that our self-concepts reflect the responses and appraisals of others“. Diese gehe auf Cooley (1902) einflussreiches Konzept des ‚looking-glass-self‘ zurück sowie auf Meads Theorie, wonach das Selbstkonzept sich über den Prozess der Rollenübernahme entwickle.

- ein stabiles Merkmal von Menschen ist, welches durch Erfahrungen erworben wird und durch Interventionen modifiziert werden kann
- ein zentrales Konstrukt ist, dass die eigene Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen und ihr Verhalten zu prognostizieren, ermöglicht
- eine Idee ist, die beeinflusst, wie man sich mit den unvorhergesehenen Vorfällen des täglichen Lebens auseinandersetzt und diese handhabt
- ein primäres Anliegen für Pflegekräfte ist, die Patienten pflegen“ (McFarland/ McCann 1986: 1814).

Im Sinne einer Synthese präsentieren sie die aus verschiedenen sozialpsychologischen, soziologischen und psychologischen Theorien (z.B. Cooley, James, Mead, Rogers, Sullivan, Epstein) abgeleiteten wichtigsten Merkmale, die mit dem Selbstkonzept in Beziehung gebracht werden:

- „Es ist nicht abtrennbar vom sozialen Leben, da es mittels Erfahrungen in sozialen Interaktionen entwickelt wird.
- Es ist in seiner Formation und Existenz fortwährend und zirkulär. Es beeinflusst und kontrolliert unsere Wahrnehmungen und unser Verhalten über die Zeit.
- Es beinhaltet unterschiedliche empirische ‚Selbste‘; d.h. ein materielles oder körperliches Selbst, ein soziales Selbst und ein spirituelles Selbst.
- Es ist der Kern unserer Persönlichkeit und spielt eine Schlüsselrolle bei der Bestimmung, welche Wahrnehmungen und Erfahrungen für die Aufnahme in die eigene allgemeine Organisation der Persönlichkeit relevant sind.
- Es ist wesentlich für das psychische Funktionieren eines Menschen um die Organisation des Selbstkonzepts aufrechtzuerhalten. Wird die Organisation des menschlichen Selbstkonzepts bedroht, dann erlebt der Mensch Angst. Wenn er sich gegen die Bedrohung und die daraus folgende Angst nicht verteidigen kann, kann das zu katastrophischen Desorganisationen der Persönlichkeit führen.
- Es handelt sich um eine dynamische Organisation, die sich mit der Einverleibung neuer Erfahrungen verändert. Sobald das phänomenale Selbst etabliert ist, dient es dem Menschen als fundamentaler Bezugsrahmen und hat insofern ein hohes Maß an Stabilität und Konsistenz.
- Es hat zwei wesentliche Funktionen: 1. Es organisiert die Daten der Erfahrungen des täglichen Lebens, insbesondere jene, die mit sozialen Interaktionen verbunden sind, in einschätzbare Handlungssequenzen und Reaktionen; und 2. versucht es, Erfordernissen/Bedürfnissen zu genügen, indem es Missbilligung und Angst minimiert“ (McFarland/McCann 1986: 1816).

Einen anderen Schwerpunkt setzen Taylor et al. (1989: 1016ff). Sie diskutieren das Selbstkonzept und die damit verbundenen Ideen im Kontext der Maslowschen Hierarchie menschlicher Bedürfnisse und ordnen das Selbstkonzept dem Bedürfnis nach Selbstwertschätzung (soziale Anerkennung) und nach Selbstverwirklichung zu. Sie beschäftigen sich mit den verschiedenen Dimensionen des Selbstkonzepts, wozu sie das **Selbstwissen** (wer bin ich), die **Selbsterwartungen** (wer oder was möchte ich sein) und die **Selbstbewertung** (wie sehr mag ich mich) zählen, sowie mit der Herausbildung des Selbst, mit Bedrohungen des Selbstkonzepts und entsprechenden Abwehrmechanismen sowie mit Schlüsselfaktoren, die das Selbstkonzept beeinflussen. Sie beschreiben das Selbstkonzept als das mentale Image oder Bild, dass der Einzelne von sich selbst hat. Es umfasst alle mit dem ‚I‘ oder ‚Me‘ assoziierten Gefühle, Überzeugungen und Werte. Weiter rechnen sie die nachfolgenden Begriffe dem Selbstkonzept zu:

- das „Körperbild: Wie erfahre bzw. erlebe ich meinen Körper?
- das subjektive Selbst: Wie sehe ich mich selber, wer, denke ich, bin ich?
- das ideale Selbst: Das Selbst, das ich sein möchte oder fühle, sein zu sollen?
- das soziale Selbst: Die Art wie ich glaube, dass Andere mich sehen“ (Atwater 1987, zitiert in Taylor et al. 1989: 1016)

Bezogen auf die Pflegepraxis heben sie hervor, dass eine Pflegekraft, bevor sie bei Patienten erfolgreich Störungen in Hinblick auf die Selbstwertschätzung identifizieren und auf diese mit geeigneten Interventionen eingehen kann, mit sich selbst zufrieden sein und über ein gewisses Maß an Selbstwertschätzung verfügen muss. Weiter beschreiben sie, wie das Selbstkonzept eingeschätzt werden kann. Die in der Pflegewissenschaft beschriebenen Vorstellungen zum Selbstkonzept, insbesondere im Bereich von Pflegediagnostik und Intervention lehnen sich eng an Erkenntnisse der Psychologie an, weshalb hier ein kurzer Blick auf diese Disziplin geworfen werden soll.

3.1.3 ZUR PSYCHOLOGIE DES SELBSTKONZEPTS UND IHRES EINFLUSSES AUF DIE PFLEGEWISSENSCHAFT

Nach Sigrun-Heide Filipp (1985: 347) beginnt die systematische Erforschung des Selbst auch im Bereich der Psychologie mit der Arbeit von James (1890). So gehe die konzeptionelle Unterscheidung eines Selbst als erkennendes Subjekt (englisch ‚I‘) und eines Selbst als Objekt der Erkenntnis (englisch ‚me‘) auf ihn zurück. Insbesondere mit dem letzteren Aspekt beschäftige sich die Psychologie seit langer Zeit. Erst in jüngster Zeit habe das Selbst als erkennendes Subjekt erneutes Interesse gefunden. Von den verschiedenen Zugängen zum Selbst hebt Filipp denjenigen hervor, der davon ausgeht,

„dass es sich beim Selbstkonzept um nichts anderes handelt als um die nach bestimmten kognitionspsychologischen Gesetzmäßigkeiten aufgebauten Wissensbestände über die eigene Person. Selbstkonzepte werden als das Produkt der Verarbeitung selbstbezogener Informationen aufgefasst und als eine innerhalb der Wissensstruktur jeder Person besonders geschützte Domäne betrachtet. Als selbstbezogenes Wissen stellen sie aber zugleich auch das Format dar, demgemäß nachfolgende selbstbezogene Informationen verarbeitet werden, und so steuern sie auch den Prozess der Konzeptbildung über die eigene Person. Mit der Betonung dieser dualen Perspektive, d.h. einer produkt- und einer prozessorientierten Betrachtung von Selbstkonzepten, ist die frühere Differenzierung des ‚self-as-object‘ und des ‚self-as-subject‘ (‚me/I‘) in anderem begrifflichen Gewand wieder in die Forschung zurückgekehrt“. (Filipp 1985: 348)

Für die angestrebte handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells ist interessant, dass das Selbst hier als das Produkt der Verarbeitung von zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügbaren selbstbezogenen Informationen verstanden wird, aus denen sich das selbstbezogene Wissen speist, und als Produkt der Prinzipien, nach denen die Verarbeitung selbstbezogener Informationen jeweils erfolgt (s. Filipp 1985: 349). Filipp hebt eine der oben erwähnten Dimensionen des Selbstkonzepts hervor und nennt als Quellen selbstbezogenen Wissens in erster Linie die soziale Umwelt, sei es über verbale Zuschreibungen oder über interaktive Verhaltensweisen. Weiter betont sie, dass die soziale Umwelt den referentiellen Rahmen absteckt, innerhalb dessen Prozesse des Sich-Vergleichens oder Verglichen-Werdens ablaufen, und dass davon in hohem Maße bestimmt wird, was Menschen über sich in Erfahrung bringen. Der Stand der Forschung zur Verarbeitung selbstbezogener Informationen lege nahe, dass Informationen über die eigene Person ‚heiß‘ sind und dass deren Verarbeitung durch affektiv-motivationale Vorgänge gesteuert wird. Kontrovers hingegen werde die Frage der verhaltensregulativen Bedeutung von Selbstkonzepten diskutiert. Nach Filipp (1985: 351)

„[stellen] Selbstkonzepte eine unverzichtbare Wissensbasis für den Akteur dar, auf die er potenziell in allen Phasen des Handlungsprozesses zurückgreifen kann. Wenn Handlungsalternativen gewichtet, Handlungsziele formuliert und Handlungsergebnisse bewertet werden, sollte der reflexive Rückbezug vom Akt zum Akteur allgegenwärtig sein“.

Oder in anderen Worten, Selbstkonzepte haben als reflexive Orientierungspunkte eine **handlungsregulierende Bedeutung**.

Die neueren Entwicklungen in der Psychologie referiert Hans Dieter Mummendey (2006) in seinem Buch *Psychologie des ‚Selbst‘*. Er stellt gleich zu Anfang fest, dass der Begriff des ‚Selbst‘ in der Psychologie inflationär gebraucht wird und für alles und vieles zu stehen scheint. Bei der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem, was leichtfertig als ‚Selbst‘ bezeichnet wird, gehe es darum, sich einen Begriff von der eigenen Person zu machen, mithin um Prozesse der Selbstkonzeptualisierung. Hierbei geht es im weitesten Sinn um Antworten auf die Fragen, **wer und was ich bin, glaube ich zu sein** oder **möchte ich sein**. Zur Beschreibung dieser Prozesse eignet sich der Begriff des Selbstkonzepts besser als der Begriff des Selbst. Für Mummendey (2006: 38) ist das Selbstkonzept einer Person

„die Gesamtheit (die Summe, das Ganze, der Inbegriff usw.) der Einstellungen zur eigenen Person“.

Die Vorteile, die die Auffassung, Selbstkonzepte als Einstellungen zu betrachten, mit sich bringe, sind ihm zufolge etwa, dass das Selbstkonzept so an den bewährten psychologischen Einstellungsbegriff anknüpft oder dass es die systematische Anwendung und Übertragung einer Reihe von Messinstrumenten zur Beschreibung und

Analyse erlaube (s. ebenda: 2006: 39f). Er beschreibt eine Reihe von psychischen Prozessen, die sowohl fremd- wie auch selbstbezogen sein können wie etwa Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Sprechen, Beurteilen/Bewerten, Vorstellen/Erwarten, Fühlen sowie Intendieren/Wollen (s. Mummendey 2006: 41ff). Weiter skizziert er 19 aus der Selbstkonzeptforschung oder der Psychologie des ‚Selbst‘ hervorgegangene selbstbezogene Kategorien wie z.B. self-awareness, self-consciousness, self-esteem, self-discrepancy. Im nächsten Schritt verfolgt er die Selbstkonzeptforschung entlang der Lebensspanne, d.h. von der Kindheit bis zum hohen Alter, bevor er auf die verschiedenen Theorien zum ‚Selbst‘ und zum Selbstkonzept eingeht. Schließlich diskutiert er Probleme der Messung von Selbst und Selbstkonzept und stellt einige der üblichen Methoden der Selbstkonzeptmessung vor. Abschließend gibt er Einblick in ausgewählte Probleme und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung. An die von ihm vorgestellte Selbstkonzeptforschung und die damit verbundene Begrifflichkeit wird in der Pflegewissenschaft in unterschiedlicher Weise angeknüpft (s. bspw. Thompson et al. 1986, Taylor et al. 1989, Mischo-Kelling 2001, Tewes 2002).

In der schon erwähnten Arbeit von LeMone (1991: 128) werden verschiedene Untersuchungen angeführt, die sich zum einen mit den Auswirkungen befassen, die das Selbstkonzept auf das menschliche Handeln hat, zum anderen damit, wie sich Veränderungen in körperlichen und psychischen Funktionen auf das Selbstkonzept auswirken. Weiter sagt sie, werde der Begriff ‚Selbstkonzept‘ in der Literatur häufig in Zusammenhang mit den Begriffen ‚Selbstwertschätzung‘ und ‚Körperbild‘ verwendet. Als Synonym für das ‚Selbstkonzept‘ werde der Begriff ‚Identität‘ gebraucht. Aus der von ihr analysierten Literatur ermittelt sie die nachstehenden Merkmale, die gegeben sein müssen, damit der Mensch ein Selbstkonzept bilden kann:

- eine intakte neuro-sensorische Anatomie und Physiologie
- ausreichende kognitive Fähigkeiten zur Wahrnehmung umgebungsbezogener Stimuli
- verbale und nonverbale Interaktionen mit anderen Menschen.

Als Konsequenz der Herausbildung eines Selbstkonzepts können dann Selbstbewusstsein, eine fortschreitende Entwicklung, die Fähigkeit, Ereignissen bzw. Erfahrungen Sinn zuzuschreiben, sowie die Fähigkeit zur Anpassung an physische und emotionale Stressoren angenommen werden (LeMone 1991: 129). Das Selbstkonzept ist nach LeMone (1991: 129) eine immaterielle abstrakte menschliche Qualität, die dem einzelnen Menschen ermöglicht, sich von Anderen zu unterscheiden. Es umfasst psychische wie physische Dimensionen und besteht aus kognitiven und affektiven Bestandteilen. Das Selbstkonzept ist eine Bestimmungsgröße für das Handeln und für Gefühle, wobei Veränderungen zu negativen Gefühlen wie Schuldgefühlen, Angst, Hilflosigkeit usw. führen können.

Karen Farchus Stein (1995: 187) schlägt aufgrund der herausragenden Stellung, die dem Selbstkonzept in Bezug auf das physische und psychische Wohlbefinden von Menschen in der Pflege zukommt, und aufgrund der offenbar schwierigen Operationalisierung des Selbstkonzepts in einem empirisch abgestützten, theoretisch und in der Pflegepraxis zu nutzenden Bezugsrahmen vor, dass sich die Pflegeforschung das von Markus und MitarbeiterInnen entwickelte sozialpsychologische Schema-Modell des Selbstkonzepts zunutze machen sollte. Selbst-Schemata werden wie bei Filipp (s. S. 68) als Wissensstrukturen verstanden. Sie können entwickelt werden in Bezug auf jeden Aspekt des Menschen einschließlich physischer Merkmale. Die von einem selbst oder von Anderen vorgenommenen Klassifizierungen und Bewertungen in Bezug auf eigene physische und verhaltensmäßige Merkmale werden als Mittel verstanden, über die die Schemata gebildet werden. Diese Selbst-Schemata werden als aktive, arbeitende Strukturen verstanden, die die Wahrnehmungen, Erinnerungen und emotionalen verhaltensmäßigen Reaktionen formen. Ein anderer Aspekt ist der, dass diese Selbst-Schemata prozedurales Wissen in Form von Regeln, Strategien und Routinen umfassen und so dem Verhalten in dem jeweils betrachteten Bereich eine Organisation und Form bieten. Der zeitliche Aspekt wird im Schema-Modell mit dem Begriff des ‚possible self‘ (des möglichen Selbst) erfasst. Diesen ‚possible selves‘ kommt offenbar eine wichtige Rolle beim motivierenden und regulierenden zielgerichteten Verhalten zu. Das Schema-Modell, definiert als eine reiche, vielseitige,

kognitive Struktur, bezieht sich auf die gesamte Sammlung von Kognitionen über das Selbst einschließlich von Selbst-Schemata, möglichen Selbst und weniger ausgearbeiteten Selbst und scheint somit ein umfassenderer Ansatz zu sein als das in der Pflegeliteratur referierte Verständnis des Selbstkonzepts (s. Farchus Stein 1995: 188f), das die Begriffe ‚Selbstkonzept‘ und ‚Selbstwertschätzung/-achtung‘ häufig synonym verwendet. So gesehen bietet das Schema-Modell einen differenzierteren Ansatz. Neben dem Verweis auf verschiedene Methoden zur Erfassung der unterschiedlichen Aspekte des Selbstkonzepts könnte sich dieses Modell auch zur Vertiefung des Konzeptbegriffs innerhalb pflegetheoretischer Ansätze wie dem von King oder Roy als nützlich erweisen (s. Farchus Stein 1995: 190).

Gail M. Houck und Adele M. Spemann (1999: 1) hingegen setzen sich mit Blick auf die Rolle, die den Gesundheitsberufen bei der Unterstützung und Förderung der Entwicklung des Selbst zukommt, mit dem bisherigen theoretischen Verständnis zum Selbst und den entsprechenden sozialen Prozessen auseinander. Ihnen geht es darum, den Blick auf präventive Strategien zur Verhütung von Persönlichkeitsstörungen und psychischer Gesundheitsprobleme zu lenken sowie auf geeignete frühe Interventionen. Sie betonen, dass Präventionsbemühungen ganz allgemein darauf abzielen, das Wissen über die Entwicklung von Störungen/Problemen mit der zeitlichen Terminierung von Interventionen zu verknüpfen, weil es so möglich ist, das ‚Zeitfenster‘ für Interventionen zu bestimmen. Sie zeichnen die Entwicklung des Selbst nach, um die Zeitpunkte zu identifizieren, in der kritische Faktoren eine wichtige Rolle im Entwicklungsverlauf spielen. Als solche gelten herausragende Entwicklungsphasen, auf die sich bislang eher Strategien zur Förderung der Kindererziehung und der Verbesserung der emotionalen sowie kognitiven Entwicklung gestützt hätten. Hierbei sei der Entwicklung des Selbst als solchem jedoch eher weniger Aufmerksamkeit geschenkt worden.

Renate Tewes (2002: 130) stellt in ihrer Arbeit ‚*Pflegerische Verantwortung*‘ mit Blick auf den internationalen Forschungsstand der Pflegewissenschaft zum Selbstkonzept fest, dass sich die Forschung schwerpunktmäßig auf den Patienten und weniger auf das berufliche Selbstkonzept von Pflegekräften konzentriert (s. hierzu auch Corwin 2001). Sie lenkt ihr Augenmerk im Zusammenhang mit dem von ihr untersuchten Verantwortungsbegriff auf das berufliche Selbstkonzept. Anne-Dorothea Napiwotzky (1998) greift in Bezug auf die berufliche Identität und die Berufsrolle einer Pflegekraft auf den von Karl Haußer (1995) entwickelten Identitätsbegriff zurück, da dieser das Soziale und das Individuelle miteinander verbinde. Haußer geht das Thema Identität von drei Seiten an. In einem ersten Schritt beschreibt er Identität als situative Erfahrung und unterscheidet in diesem Zusammenhang vier Aspekte: *subjektive Bedeutsamkeit*, *Selbstwahrnehmung*, *Selbstbewertung* und *personale Kontrolle*. Letztere definiert er als das Bedürfnis, „auf Gegebenheiten und Ereignisse im Umfeld Einfluss zu nehmen“ (s. Haußer 1995: 17). Die beiden Teilaspekte subjektive Bedeutsamkeit und Betroffenheit stellen für ihn einen Filter für die Identitätsrelevanz von Erfahrungen dar. Danach

„umfasst Identität als situative Erfahrung die kognitive Komponente der Selbstwahrnehmung, die emotionale Komponente der Selbstbewertung und die handlungsbezogene Komponente der personalen Kontrolle“ (Haußer 1995: 21).

Außerdem betrachtet er Identität als übersituative Verarbeitung. In diesem Zusammenhang behandelt er drei Identitätskomponenten, und zwar das *Selbstkonzept*, definiert als generalisierte Selbstwahrnehmung, das *Selbstwertgefühl*, definiert als generalisiertes Selbstwertgefühl und die *Kontrollüberzeugung*, definiert als generalisierte personale Kontrolle. Im dritten Schritt beschäftigt er sich mit Identität als Quelle zur Motivation und geht hierbei auf die Punkte innere Verpflichtung, Selbstanspruch in Bedürfnissen und Interessen sowie auf Kontrollmotivation, Selbstwertherstellung und Realitätsprüfung ein. Er fasst die Ergebnisse in einem Modell der Identitätsregulation zusammen, dem eine initiale und eine reaktive Konzeption des Subjekts zugrunde liegen, und bestimmt Identität

„[...] als die Einheit aus Selbstkonzept, Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugung eines Menschen, die er aus subjektiv bedeutsamen und betroffen machenden Erfahrungen über Selbstwahrnehmung, Selbstbewer-

tung und personale Kontrolle entwickelt und fortentwickelt und die ihn zur Verwirklichung von Selbstansprüchen, zur Realitätsüberprüfung und zur Selbstwertherstellung im Verhalten motivieren (Haußer 1995: 67)

Anhand dieses Identitätsverständnisses arbeitet Napiwotzky (1999: 68f) auf der Basis vorliegender Forschungsergebnisse und eigener Befragungen einen theoretischen Rahmen zur Analyse der beruflichen Ist-Situation heraus. Sie zeigt auf, welche Auswirkungen die Berufssozialisation auf das Selbstvertrauen und das Selbstbewusstsein der beruflich Pflegenden hat. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen wenig geeignet sind, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein zu fördern. Im Gegenteil untergraben restriktive Arbeitsbedingungen die motivationale Quelle, was wiederum negative Auswirkungen auf die emotionalen Entsprechungen der Kontrollmotivation und somit auf das Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein der beruflich Pflegenden hat. Mit Blick auf die Identitätsbildung und deren Auswirkung auf Erleben und Verhalten betont sie, dass die im Rahmen einer geschlechtsspezifischen Sozialisation vermittelten Erlebnisweisen von Männern und Frauen verschieden sind. Die Folgen zeigen sich für die Frauen, sobald sie einen Beruf wie die Pflege ergreifen. Da es sich hierbei um einen ‚sogenannten Frauenberuf‘ handle, müssten sie eigentlich die im Rahmen ihrer Sozialisation erfahrenen Erlebnisweisen aktivieren können. In der weiblichen Sozialisation ist für die Identitätsbildung Napiwotzky zufolge das Erleben von Bindung und damit von wechselseitiger Interdependenz wesentlich. Im Berufsleben trafen die Frauen allerdings auf eine andere Realität, die eher der Identitätsbildung von Jungen/Männern entspreche. Die Folge sei, dass Frauen im Berufsleben aufgrund der vorherrschenden männlich konnotierten Regeln erfahren, dass im Beruf eher männliche Erlebnisweisen privilegiert und weibliche eher nicht anerkannt werden. Dies habe vielfältige Folgen für die in der Pflege einzugehenden Arbeitsbeziehungen mit PatientInnen und KollegInnen. Am Beispiel der von ihr so bezeichneten ‚Idealbildfalle‘ zeigt sie auf, wie sich die so genannten ‚Ideal-Eigenschaften‘ einer Pflegekraft im Verlauf ihrer dreijährigen Ausbildung ändern. Diese Eigenschaften setzt sie in Beziehung zu Konflikttypen und Konfliktbewältigungsstrategien. In einem weiteren Schritt erarbeitet sie dann eine Ist-Analyse anhand dreier von ihr entwickelter idealtypischer Berufsrollen:

1. Orientierung an der traditionellen Mutterrolle
2. Abkehr von der traditionellen Mutterrolle und medizinisch-technische Orientierung
3. Abkehr von der traditionellen Mutterrolle und Übernahme einer Joborientierung (s. Napiwotzky 1999: 96ff).

Sie beschreibt die jeweilige Rolle und die damit assoziierten Konflikttypen und welche Auswirkungen diese auf das Selbstkonzept haben, bevor sie auf die jeweils anzutreffenden Konfliktbewältigungsstrategien und deren Auswirkungen auf die Pflege hinweist und zwar sowohl mit Blick auf den Patienten als auch mit Blick auf die/den Pflegenden/n. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass alle drei von ihr beschriebenen Idealtypen sich ungünstig auf die Selbstentwicklung und damit auf die Pflege auswirken. Ebenso seien die von ihr aufgefundenen Konfliktbewältigungsstrategien eher selbsteinschränkend, wenn nicht gar selbstzerstörend. Diesem von ihr aufgezeigten Dilemma könnten Pflegekräfte solange nicht entkommen, wie die der heutigen Krankenversorgung zugrunde liegenden männlich konnotierten Werte und die Normen der patriarchal-kapitalistischen Gesellschaft nicht öffentlich thematisiert und die Diskussion auf eine andere Basis gestellt würden. Die von ihr beschriebenen ‚Idealtypen‘ stellten eine Sackgasse dar, die es zu überwinden gelte. Napiwotzky (1999) greift mit ihrer Arbeit ein wichtiges Thema auf. Allerdings bleibt sie einer binären Identitätsvorstellung im Sinne von männlicher und weiblicher Identitätsbildung verhaftet, was neuere feministische Ansätze zu überwinden versuchen.

Seit Beginn des 21. Jahrhunderts haben sich einige AutorInnen in der Pflegewissenschaft dem beruflichen Selbstkonzept bzw. der beruflichen Identität gewidmet¹³. Stellvertretend sei an dieser Stelle die Arbeit von Degeling et al. (2000) genannt, die sich in ihrer ländervergleichenden Untersuchung mit Unterschieden der Identitätsbildung in der Pflege in England und Australien befasst haben sowie damit, welche Auswirkungen die je-

¹³ Siehe. bspw. Corwin 2001, Corwin/Hengstberger-Sims 2006, Corwin et al. 2008, Davies 2003, Ewens 2003, MacIntosh 2003, Siebens et al. 2006, Wengström/Ekedahl 2006.

weiligen Unterschiede auf die Fähigkeit haben, sich auf Krankenhausreformen einzustellen. Die AutorInnen befragten in vier englischen und zwei australischen Krankenhäusern sowohl ÄrztInnen und Pflegende, die klinisch oder in Managementpositionen tätig waren, wie auch Manager ohne klinischen Hintergrund. Sie konnten deutliche Unterschiede zwischen beiden Ländern feststellen. Sie kamen zu dem Schluss, dass es für das Verständnis der Identitäten erforderlich ist, den jeweiligen Kontext der untersuchten Populationen von Pflegekräften mit einzubeziehen, d.h. wo und wie und innerhalb welchen spezifischen Kontexts die Pflegekräfte ‚pflegen‘. Erst dieses erlaube, die vielfältigen, teils umkämpften Themen, Vorstellungen und Interessen, die auf die Identitäten einwirken, herauszustellen. Um die zugewiesenen und/oder behaupteten Identitäten zu verstehen, sei es wichtig, diese widersprüchlichen Aspekte zu berücksichtigen.

Anhand der dargelegten Studien kann festgestellt werden, dass die Begriffe ‚Selbst‘, ‚Selbstkonzept‘ und ‚Körperbild‘ innerhalb der einzelnen Disziplinen höchst unterschiedlich behandelt werden. Dennoch zeichnet sich ein Zusammenhang zwischen diesen Konzepten und einer allgemeinen menschlichen Handlungsfähigkeit ab. Im folgenden Abschnitt werde ich diesen Zusammenhang, der in den vorgestellten Arbeiten - ebenso wie die am Identitätsbegriff¹⁴ geübte Kritik - eher unterbelichtet bleibt, anhand der zentralen Ideen Meads zur Genese des Selbst und dessen Funktion für das menschliche Handeln herausarbeiten.

3.2 SELBST, SELBSTKONZEPT UND KÖRPERBILD IN DER TRADITION DES AMERIKANISCHEN PRAGMATISMUS: GEORGE HERBERT MEAD, JOHN DEWEY UND NACHFOLGERINNEN

„Die Welt ist im Menschen, so wie der Mensch in der Welt ist.“
(Lindesmith et al. 1999: 13)

Ausgangspunkt der philosophischen wie theoretischen Überlegungen des amerikanischen Pragmatismus ist der Mensch in seiner Gesamtheit und sozialen Situiertheit. Im Mittelpunkt steht die Lebenswelt¹⁵ des Menschen oder, anders gesagt, der Mensch in seiner sozialen Eingebundenheit. Diese spiegelt sich in seinem Handeln, in seiner Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen wider, die ihrerseits durch ihre Lebenswelt und ihre sozialen Beziehungen geprägt sind. Mittels Kommunikation gelangen die verschiedenen Interaktionspartner zu einem wechselseitig geteilten Verständnis der jeweiligen Situation. Mit Blick auf die Pflege bedeutet dies, dass pflegerische Erfahrungen aus allen denkbaren sozialen Situationen Ausgangspunkt der Betrachtung sein müssen.

Wie bereits angedeutet, ist die Bedeutung des englischen Begriff des ‚self‘, im deutschsprachigen Wissenschaftsraum umstritten und wird häufig mit ‚Ich-Identität‘ bzw. ‚Identität‘ übersetzt. Dies wird der Meadschen Idee des Selbst nicht gerecht. Wir haben es hier nämlich mit einem äußerst dynamischen und flüssigen Konzept zu tun, der am ehesten in der Form der Selbstreflexion, d.h. im ‚Me‘ greifbar wird, aber selbst hier ist er nach dem Meadschen Verständnis von Zeit und Entwicklung kontinuierlich in Bewegung. Dass dieser Begriff zu vielen höchst unterschiedlichen Interpretationen einlädt, kann auch der englischsprachigen Literatur entnommen werden. Der Begriff Identität verweist hier eher auf das ‚Me‘ als auf das Selbst (s. bspw. Charon 2001, Aboulafia 2001). Eindeutigkeit ist nicht immer vorhanden. An dieser Stelle greife ich im Sinne einer Unterscheidung dieser beiden Begriffe auf Lindesmith et al. (1999: 13f) zurück. Hiernach ist das Selbst ein vielschichtiges Phänomen, dass in verschiedenen Formen erscheint und mit individuellen Identitäten verbunden ist. Identitäten, so Wiley (1994: 1f), individualisieren den Menschen und ermöglichen uns, Individuen, Kategorien, Gruppen und Arten

¹⁴ Jungwirth (2007) befasst sich in ihrer als Wissenschaftskritik angelegten Untersuchung „Zum Identitätsdiskurs in den Sozialwissenschaften“ u.a. mit den historischen Bedingungen der Hervorbringung eines sozialwissenschaftlichen Begriffs von ‚Identität‘ am Beispiel von George Herbert Mead, Erik H. Erikson und Erving Goffman, die für die deutschsprachige Rezeption des Identitätsbegriffs in den Sozialwissenschaften eine zentrale Rolle spielen. Mead steht stellvertretend für die Zeitspanne von Ende des 19. Jahrhunderts bis in die 30er Jahre.

¹⁵ Dieser Begriff hat seine Wurzeln in der Philosophie wie in den Sozialwissenschaften (s. z.B. Schütz/ Luckmann 1979, Strauss 1997/1974, Strauss 1993, für die Pflegewissenschaft: Kesselring 1996).

von Individuen zu unterscheiden. Sie können einem Menschen im Rahmen sozialer Prozesse *von außen* aufgenötigt werden (z.B. gender identities) oder auch *von innen kommen*. Im letzteren Fall werden sie gerne als Selbstkonzeptionen bezeichnet. Identitäten sind innerhalb der verschiedenen Spielarten des Selbst (moralisches Selbst, phänomenologisches Selbst, interaktionales Selbst, Selbst als linguistischer, emotionaler und symbolischer Prozess, materielles Selbst, ideologisches Selbst etc.) und Kollektionen dieser Selbst verschachtelt und sind Ausdruck von deren Qualitäten. Der Begriff ‚Selbst‘ verweist nach Lindesmith et al. (1999: 218) auf den Menschen als reflexives, die menschliche Sprache nutzendes Wesen, wobei Sprache hier im weitesten Sinn zu verstehen ist. Das Selbst verweist auf allgemeine menschliche Strukturen und Identitäten, die gegeben sein können oder nicht, die von ihm verschieden sein können oder ihm innewohnen. Identität bezeichnet die Verschiedenheit von Menschen, die auf die interpretative Bedeutung verweist, die den verschiedenen Identitäten zugewiesen wird. Hierbei wird zwischen *sozialer* und *personaler Identität* differenziert. Letztere verweist auf die spezifischen biographischen Details eines Menschen, wohingegen soziale Identitäten sich auf sog. ‚Marker‘ oder ‚Etiketten‘ wie Alter, Rasse, Ethnizität und Geschlecht stützen. An anderer Stelle definieren sie Identitäten als soziale Kategorien durch die sich Menschen verorten und sich Sinn zuschreiben können (ebenda 304). In seinem Buch ‚Spiegel und Masken‘ benutzt Strauss¹⁶ (1997/1974) den Begriff ‚Identität‘ im Zusammenhang mit Prozessen des Benennens, Klassifizierens und Selbstbewertens sowie der Identitätstransformation. Der Akt des Benennens und Klassifizierens ist für die ‚Identifikation mit etwas‘ essentiell (s. Strauss 1997: 21). Es scheint vereinzelt durch, dass er hiermit eher auf das ‚Me‘ als auf das ‚self‘ verweist. Zusammengefasst haben Menschen nicht ‚eine‘, sondern entsprechend ihrer sozialen Zusammenhänge, Rollen und Funktionen zahlreiche Identitäten. Identitäten sind konstitutive Aspekte des Selbst, aber nicht das Selbst schlechthin.

3.2.1 SOZIALE BEZIEHUNGEN ALS BEDINGUNG UND VORAUSSETZUNG DER ENTSTEHUNG VON SELBST, SELBSTKONZEPT UND KÖRPERBILD

In Anlehnung an Mead (GIG: 177/ MSS: 135) ist die Entstehung des Selbst aus der sozialen Handlung heraus zu begreifen, an der wenigstens zwei Menschen beteiligt sind. Die Fähigkeit des Menschen, sich selbst als Objekt innerhalb des Bereichs der eigenen Erfahrungen wahrzunehmen, hängt wie die Fähigkeit zu denken von den Beziehungen des Menschen zu den drei Systemen der Realität ab: dem anorganischen, dem organischen und dem sozialen System (s. McCarthy 1984: 106). Der Mensch und die Vorstellungen, die er von sich und seinen Möglichkeiten hat, sind ebenso wie sein Handeln aus seiner Eingebundenheit in ein Netz verschiedenartiger sozialer Beziehungen innerhalb dieser drei Systeme zu verstehen. Bei Mead ist die Herausbildung des Selbst und damit zusammenhängender Konzepte an die Entwicklung des menschlichen Organismus und an die Sprache gebunden, womit das gesamte menschliche Zeichen- und Symbolsystem gemeint ist. Für die Pflege sind Meads Vorstellungen deshalb so attraktiv, weil nach seinem Verständnis menschlicher Handlungsweisen deren biologische Aspekte mit den Aspekten eines sozial selbstbewusst handelnden Menschen verbunden und in diese integriert sind. So leitet sich für ihn die menschliche Handlungsfähigkeit ganz allgemein aus sozialen Instinkten bzw. Impulsen¹⁷ ab. Bei der Klärung der Frage, welche Gruppen von Impulsen das biologische Individuum ausmachen, kommt er

¹⁶ Ursprünglich sollte das Buch ‚An Essay on Identification‘ heißen. Auf Vorschlag des Verlegers wurde es unter dem Titel ‚Mirrors and Masks‘ veröffentlicht. Strauss ging es darum, den Zusammenhang zwischen individuellen Identitäten und kollektiven Identitäten aufzuzeigen sowie zwischen sozialer Struktur und Interaktion (s. Strauss 1997: 7). Die deutsche Ausgabe erschien 1974 unter dem Titel Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität. Ich beziehe primär auf die englische Ausgabe.

¹⁷ An dieser Stelle soll der Hinweis genügen, dass Mead (MSS: 347ff; GIG: 397ff) zwischen einem biologischen und einem sozial selbstbewussten Individuum differenziert. Mit dieser groben Unterscheidung nimmt er zugleich eine Unterscheidung zwischen einem Handeln vor, bei dem bewusstes Denken keine Rolle spielt und einem Handeln, bei dem dies der Fall ist. Beim Menschen sind diese beiden Handlungsformen aufeinander bezogen. Eine Leistung Meads besteht laut Harald Wenzel (2010: 56) darin, dass er die Evolution zur Humankultur, die Transformation sozialer Instinkte und Antriebe subhumaner Lebensformen nachgezeichnet hat. Er hat dargestellt, dass „instinktgebundene Kooperation und Arbeitsteilung, das Aufeinander-Angewiesensein im Vollzug der lebenserhaltenden Aktivitäten schon wesentliche Merkmale von Sozialität im Tierreich [sind]“. Etwas weiter heißt es: „Die Bedeutung der Umwelt für einen Organismus impliziert immer eine Auswahl, die von lebenserhaltenden Aktivitäten des Organismus abhängig ist. Mead erweitert diese evolutionstheoretische Einsicht, indem er zeigt, dass die Umwelt zuerst aus sozialen Objekten besteht, deren Bedeutung in den reziproken Aktivitäten der Artgenossen konstituiert wird“.

grob auf die in Tabelle 3.1 aufgeführte Liste von zehn Gruppen von Impulsen. Mead betrachtet das menschliche Handeln konsequent vor dem Hintergrund des gesamten Lebensprozesses und dessen Aufrechterhaltung. Der biologische und der soziale Aspekt beeinflussen sich gegenseitig und sind als die Basis menschlicher Erfahrungen in der Regel nicht voneinander zu trennen (s. Mead 2001a, PP, Baldwin 1992: 258).

Tab. 3.1: Gruppe von Impulsen nach Mead (MSS: 348f; GIG: 398f)

	Gruppe von Impulsen
1	Anpassungen, durch die der Einzelne seine Position und sein Gleichgewicht in Bewegung und in Ruhestellung aufrechterhält
2	Die Organisation von Reaktionen auf entfernte Objekte, die dazu führt, dass man sich auf sie zu bewegt oder sich von ihnen entfernt
3	Die Anpassung der Körperoberfläche an Kontakte mit Objekten, die wir durch unsere Bewegung erreicht haben; insbesondere die Manipulation dieser Objekte durch die Hand
4	Angriff auf und Verteidigung gegen feindliche Geschöpfe, was eine spezialisierte Organisation der eben erwähnten Impulse voraussetzt
5	Flucht vor gefährlichen Objekten
6	Bewegung in Richtung auf Individuen des anderen Geschlechts oder von diesen fort und der Sexualprozess
7	Sicherstellung und Aufnahme von Nahrung
8	Ernährung und Sorge für den Nachwuchs, Säugen und Anpassung des kindlichen Körpers an die elterliche Vorsorge ¹⁸
9	Vermeidung von Hitze, Kälte und Gefahr, Entspannung durch Rast und Schlaf
10	Errichtung verschiedener Wohnstätten, die den Funktionen des Schutzes und der elterlichen Vorsorge dienen ¹⁹ .

In der Liste befinden sich zwei Gruppen von Impulsen, Gruppe acht und zehn, die mit Pflege und pflegerischem Handeln in Beziehung gesetzt werden können. Was die soziale Formung und Transformation dieser Impulse betrifft, ist von Bedeutung, dass das Kind bei seiner Geburt weder eine Vorstellung von sich selbst, von seinem Körper, von Anderen oder von sozialen Situationen hat. Diese werden ihm erst im täglichen Umgang und Miteinander über seine Bezugspersonen, also die Eltern, Geschwister etc, im Rahmen seiner Pflege, seiner Erziehung, seiner Sozialisation vermittelt. Da der Mensch von Geburt an weder über die Sprache verfügt, noch die Bedeutung sprachlicher Symbole kennt, muss er sich diese aneignen. In diesem sozialen Prozess, im dynamischen Prozess der Interaktion mit physischen Objekten und mit Menschen entstehen schrittweise das ‚Selbst‘ und die beiden anderen Größen *Selbstkonzept* und *Körperbild*. Wenzel (2010: 56f) hebt hervor, dass soziale Objekte zunächst durch die Bindung an soziale Instinkte und Antriebe gegeben sind. So ist die elterliche Fürsorge für die Nachgeborenen ein Beispiel für instinktgebundene soziale Handlungen, deren Instinktbindung beim Menschen durch soziale Erfahrungen modifiziert wird. Diese Modifikation sozialer Instinkte und ihre soziale Organisation markieren den Ausgangspunkt für die Entwicklung humaner Sozialität. Im Folgenden sollen einige Aspekte dieser Entwicklungsprozesse betrachtet werden. Im Mittelpunkt stehen vor allem Aussagen, die auf sich selbst oder auf andere Menschen bezogenes pflegerisches Handeln verweisen. Hinweise hierzu finden sich im Meadschen Werk an unterschiedlichen Stellen, vor allem dort, wo er von menschlichen Impulsen in der Form der elterlichen Fürsorge/Pflege (s. Tab. 3.1, Gruppe 8 und 10) oder von einer genuin menschlichen Haltung spricht, die Mead als mitfühlende (sympathetic) bezeichnet. Diesen verstreuten Hinweisen im Meadschen Werk wird im Sinne einer Rekonstruktion nachgegangen, da sie potenzielle Anschlussstellen für eine Reformulierung des RLT-Modells sind.

3.2.1.1 DIE HERAUSBILDUNG EINES EMOTIONALEN UND KÖRPERBEZOGENEN BEWUSSTSEINS: SOZIALE INSTINKTE BZW. IMPULSE UND MENSCHLICHES HANDELN

Das Neugeborene ist für sein Überleben auf andere Menschen angewiesen. In einem unveröffentlichten Auf-

¹⁸ Der Originaltext (MSS: 349) lautet: nourishment and care of child form, and suckling and adjustment of the body of the child to parental care.

¹⁹ Im Originaltext (MSS: 349) heißt es: the formation of various sorts of habitats, serving the function of protection and of parental care.

satz²⁰ untersucht Mead (s. 2001a: 73ff) das Verhältnis von embryonaler Entwicklung und der Bildung des Menschen. Er beschäftigt sich mit der Funktion der ‚Gebärmutter‘, günstige Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Fötus bereitzuhalten, und vergleicht diese Funktion mit der Aufgabe, die die Familie und die Gesellschaft in Bezug auf das Neugeborene haben. Beide haben die Aufgabe, günstige Bedingungen für die Entwicklung des Kindes, d.h. für die ablaufenden Entwicklungsprozesse bereitzustellen²¹. In diesem Zusammenhang kommt dem Pflegehandeln der Bezugspersonen eine wichtige Rolle zu. Durch dieses Handeln nehmen sie Einfluss auf die allgemeine Entwicklung des Kindes und vor allem auf die Entwicklung seines emotionalen Bewusstseins. Dieses Bewusstsein geht nach Mead der Entwicklung des Selbst voraus. Es gehört zu den Anfängen des reflexiven Prozesses. Es entsteht vor der Möglichkeit des Denkens oder des reflexiven Handelns. In diesem Zusammenhang weist Mead den instinktiven bzw. impulsiven Verhaltensweisen des Menschen bei der Herausbildung ihres Selbst eine wichtige Rolle zu. Instinktives Verhalten und Handeln sind für ihn durch und durch sozialer Natur. Er begreift dieses Verhalten als ein durch die Bewegungen anderer Menschen vermitteltes Verhalten, an dem wir unsere eigenen Bewegungen instinktiv ausrichten. Diese Definition impliziert nicht notwendigerweise bereits das Vorhandensein des Menschen als soziales Objekt, sondern meint, dass unter einem sozialen Instinkt eine wohl definierte Handlungstendenz zu verstehen ist, die durch die Stimulation eines artgleichen Individuums ausgelöst wird. Er schreibt:

„Wenn selbstbewusstes Handeln aus kontrollierten und organisierten Antrieben entsteht, wenn diese Antriebe ihrerseits auf soziale Instinkte zurückgehen und wenn schließlich die Reaktionen auf soziale Reize ihrerseits eine Reizwirkung auf entsprechende soziale Handlungen bei Anderen ausüben, dann vollzieht sich offensichtlich menschliches Handeln von Beginn seiner Entwicklung an in einem sozialem Medium.“ (Mead 2001a: 12/ GA I: 203)

Instinktive Verhaltensweisen können bei Neugeborenen von Geburt an beobachtet werden, d.h. bei ihren frühesten Verhaltensabstimmungen auf die Bewegungen der sie umsorgenden Menschen²², d.h. der Mutter, des Vaters oder anderer Personen wie etwa Pflegekräfte (s. Mead 2001a: 3). Mead interessierte sich dafür, welche Funktion den emotionalen Ausdrucksweisen im Prozess des sozial vermittelten Handelns und bei der Entstehung sozialer

²⁰ Dieser Artikel stammt aus einem unveröffentlichten Buch Meads, dessen Druckfahnen sich in einem Container des Meadschen Nachlasses, Serie III, befunden haben und die seine Schwiegertochter Dr. Irene Tufts Mead dem Department of Special Collections der Regenstein Library der Universität Chicago vermacht hat. Von 18 Kapiteln sind **neun bisher nie veröffentlicht worden**, eines der neun veröffentlichten Kapitel war offenbar stark überarbeitet worden. Dieses Buchmanuskript war laut Archivar mit dem Titel ‚*Essays on Psychology*‘ bezeichnet. Es wurde 2001 von Mary Jo Deegan unter diesem Titel veröffentlicht. Die Bezugnahme wird im laufenden Text mit Mead 2001a und der Seitenzahl kenntlich gemacht. Laut Deegan (2001a: XIff) ist das Jahr der Entstehung des Manuskripts unsicher. Das auf die Druckfahnen gedruckte Datum ist November 1910. Insbesondere die ersten Kapitel dieses Buchs weisen laut Deegan (2001a: xiii) und Filipe Carreira da Silva (2008: 140) Mead als jemanden aus, der sich schon früh mit Emotionen befasst hat, ein Thema welches in seinen späteren Arbeiten weniger zum Vorschein kommt. Dies ist auch der Tenor von Lloyd Gordon Ward/ Robert Throop (1989), die darstellen, wie Mead schon früh Deweys Vorstellungen zu Emotionen (Dewey 1894, 1895) beginnend mit seinem 1895 erschienen Artikel ‚A Theory of Emotions from the Physiological Standpoint‘ aufgreift und an die hier entwickelten Gedanken in Folgeartikeln/Arbeiten anknüpft. Meads Vorstellungen zu Emotionen und ihre Bedeutung beim Handeln finden sich verstreut in seinen Arbeiten, wovon viele erst in den letzten Jahren öffentlich zugänglich wurden. So bin ich erst in einem späten Stadium dieser Arbeit auf Meads ‚Philosophie der Erziehung‘ (= PE) aufmerksam geworden, die 2008 von Daniel Tröhler und Gert Biesta herausgegeben worden ist und in der sich wichtige entwicklungsgeschichtliche Aussagen zum Thema finden.

²¹ Mead (2001a: 78f) befasst sich in diesem Aufsatz vor allem mit drei Entwicklungsprozessen, mit der physiologischen/biologischen Entwicklung, mit der Entwicklung des Sexualsystems bis zum Zeitpunkt der Adoleszenz und mit der geistigen Entwicklung (Intelligenz) oder physiologisch betrachtet, mit dem Wachstum der Gehirnkoordination. Diese Entwicklungsprozesse sieht er im Kontext von Lebensprozessen, da das Leben als Ganzes auf das sich entwickelnde Kind bzw. auf den Menschen einwirkt. Dass ein solcher Vergleich nicht abwegig ist, zeigen neuere Studien zur Säuglingsforschung. So haben sich Als/Butler (2008) mit der Frage auseinandergesetzt, wie durch eine entwicklungsbezogene Pflege im NIDCAP-Modell (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) die frühe Gehirnentwicklung, die funktionelle Kompetenz sowie die Lebensqualität von frühgeborenen Säuglingen und ihren Familien verbessert werden kann.

²² Mead hat sich in der Zeit, als sein Sohn aufwuchs, intensiv mit Fragen der Kindheit, Erziehung von Kindern und Elternschaft auseinandergesetzt (s. Deegan 2001a: XIV, Deegan 2001b: XIXff). Mead hat das Aufziehen von Kindern in seinen Arbeiten überwiegend als etwas von beiden Eltern zu Leistendes beschrieben. Er spricht in diesem Zusammenhang gerne von der ‚parental form‘.

Objekte wie des ‚Selbst‘, des ‚Me‘ oder des ‚Anderen‘ innerhalb des sozialen Bewusstseins²³ zukommt (Mead 2001a: 4). Dies ist ein Aspekt, der zu seiner Zeit noch wenig untersucht war und erst in jüngster Zeit von verschiedenen Wissenschaften aufgegriffen worden ist²⁴. Zu seiner Zeit war in der Psychologie anerkannt, dass instinktive Verhaltensweisen in soziale Prozesse eingebettet sind, die ihrerseits eng mit Emotionen bzw. Gefühlen verknüpft sind, und dass deren Ausdrucksformen Überbleibsel oder frühe Phasen instinktiver Reaktionen darstellen. Aufbauend auf Dewey können nach Mead die Ausdrucksformen von Gefühlen physiologisch auf nützliche instinktive Aktivitäten zurückgeführt werden oder auf Hinweise im Zusammenhang mit der Vorbereitung des jeweiligen physiologischen Systems auf die instinktiv ablaufenden Prozesse etwa des Kreislaufs oder des Atemsystems (s. auch Mead²⁵ 1895). Emotionale Situationen, die emotionale Ausdrucksweisen hervorbringen, stellen für das Handeln eine Unterbrechung dar. Diese Unterbrechung oder Verzögerung einer unmittelbaren Handlung erfolgt aufgrund eines in der gleichen Situation vermittelten Konflikts von Impulsen. Demzufolge müsste nach Mead das emotionale Bewusstsein über die Stimulation der emotionalen Ausdrucksformen, d.h. als Vorbereitung einer Handlung bzw. als frühe Phase derselben begründet werden. Die o.g. physiologischen Prozesse werden im Sinne der Haptik über die Emotion spürbar (s. Mead 2001a: 4).

Menschen handeln nach Mead (2001a: 5) in Bezug auf Kommendes, indem sie dieses kontinuierlich aus den Haltungen, dem Gesichtsausdruck, den Gesten, der Tonlage und der Stimme der Anderen ablesen. Diese beginnenden Handlungen und ihre organische Vorbereitung mittels der emotionalen Ausdrucksweisen sind jene Zeichen, die nach Mead (2001a: 5) entwicklungsgeschichtlich zur Vermittlung sozialer Handlungen ausgewählt wurden und erhalten geblieben sind. Demzufolge müssen vor jeder symbolvermittelten bewussten Kommunikation, sei es durch Gesten, Zeichen oder artikulierte Laute, in den frühen Phasen einer Handlung und ihrer physiologischen Randgebiete schon die Mittel der Koordinierung sozialen Handelns in der unbewussten Kommunikation enthalten sein. Diese frühen ‚unbewussten‘ emotionalen Ausdrucksweisen haben sich die Menschen nach Mead (2001a: 5) bei der bewussten Kommunikation zu Nutze gemacht, um darauf ihre Zeichen aufzubauen.

Das emotionale Bewusstsein gehört nach Mead (2001a: 6) zu den Anfängen des reflexiven Prozesses. Es entsteht unmittelbar aus der Hemmung einer Handlung. Aus diesem sehr frühen Material bilden sich die Objekte des darstellenden Bewusstseins, und dieses anfänglich instinktive Bewusstsein ist primär sozial. So gesehen sind auch die ersten sich uns präsentierenden Objekte sozialer Natur. Erste Anpassungen und Neuanpassungen menschlicher Handlungsweisen erfolgen aufgrund sozialer Stimulationen, die erst zu sozialen Objekten konstruiert werden müssen (Mead 2001a: 6). An dieser Stelle sei angemerkt, dass Mead den Begriff ‚**Objekt**‘ in einem sehr umfassenden Sinn verwendet. Blumer (2004: 39) schreibt:

„Objekte konstituieren das auf den Einzelnen einwirkende Umfeld, die Dinge auf die der Mensch orientiert ist, die fokalen Punkte, um die herum sich seine Aktivitäten organisieren, und die Mittel durch die seine Handlungen in einer Folge von Einzelschritten aufgebaut werden“.

²³ Der Begriff des Bewusstseins ist viel- bzw. mehrdeutig. Mead spricht mit Blick auf James von einer Schnittstelle, wo ein gegenwärtiges Ereignis mit der Geschichte eines Menschen zusammenfällt. Bewusstseinszustände lassen sich aus einer aktiven und einer passiven Perspektive betrachten, wobei die aktive Seite sich auf das Handeln bezieht und den motorisch-willentlichen Teil, d.h. den Prozess der Analyse und Diskriminierung meint, wohingegen das passive Statement auf den Inhalt, d.h. auf das Objekt verweist, welches in Beziehung zum jeweiligen Individuum zu sehen ist. Zur aktiven Seite rechnet Mead Handlungsimpulse, die fundamental physiologischer Natur sind wie Angriff und Flucht, Impulse in Verbindung mit Hunger und Geschlechtlichkeit, in Zusammenhang mit emotionalen Zuständen wie Freude, Liebe, Furcht etc. (s. Mead/Strauss 1977: 74f; MT: 395)

²⁴ In den letzten Jahren ist das Thema ‚Emotionen‘ in verschiedenen Disziplinen wie Soziologie (z.B. Hochschild 1983/2003, Strauss et al. 1985, Dunkel 1998, Denzin 1984/2007), Psychologie (z.B. Zapf 2002, Ulich/Mayring 2003) und Pflege verstärkt aufgegriffen worden (s. für die Pflege etwa: Corbin/Straus 1988/1993; Smith 1992, Overlander 1994, Bischoff-Wanner 2002, Krey 2003, Huynh/Alderson/ Thompson 2008, Theodosius 2008).

²⁵ In diesem Artikel erfolgt die erste Auseinandersetzung mit Deweys (1894/95) ‚Theory of Emotions‘, die dieser in zwei Artikeln dargestellt hatte.

Es geht hier sowohl um ganz konkrete gegenständliche Objekte als auch um abstrakte und imaginative Objekte. Grundsätzlich kommt Objekten beim Handeln eine vermittelnde Funktion zu (s. Blumer 2004: 39ff).

Die Bedeutung und die Funktionsweise von Emotionen für das soziale Handeln bestehen darin, dass unsere Gedanken und Willensäußerungen auf ein Selbst verweisen, dessen Inhalte affektiv sind. Das Denken und der Wille entwickeln sich in der Folge und interpretieren soziale Situationen, die zuerst emotionaler Art sind. So nimmt das Kleinkind ‚gefühlsmäßig‘ wahr, sei es über die Gesichtsausdrücke der Menschen, die es umgeben, sei es mittels ihrer auf seinen Körper bezogenen Handlungen, ob es ‚gemocht/geliebt‘ wird. Das Gefühl bzw. die Emotion ist das Spezifischste und das bestimmendste, auf das wir uns beziehen oder das wir zu einem Teil des individuellen Selbst und des Selbst von Anderen machen (s. Mead 2001a: 6). Soziale Objekte, verstanden als Zeichen sozialen Handelns, werden vermittlels der emotionalen Ausdrucksweisen differenziert. Diese stellen die instinktiven Mittel zur Organisation menschlichen Handelns bereit, weshalb Mead (2001a: 6f) im menschlichen Körper den Fundus einer unentdeckten sozialen Organisation vermutet, die es uns erlaubt, viel sicherer in einem *sozialen* als in einem *materiell/physischen Umfeld* zu handeln. Der Inhalt dieses Bewusstseins besteht aus Gefühlen. Er ist nicht sinnlicher Art. In den Gesichtern oder Haltungen der Anderen sehen wir nicht nur das Gesicht oder den Körper, sondern wir erhalten nach Mead einen Hinweis auf eine bestimmte Art von Handlung sowie auf die in dieser Handlung enthaltenen Gefühle²⁶. Er schreibt:

„Wir sehen kommende Handlungen und ‚fühlen‘ die sich in diesen Handlungen ausdrückenden Werte. Zualtererst fühlen wir in uns eine Tendenz, auf den sozialen Stimulus und den ihn begleitenden emotionalen Inhalt zu reagieren, und zwar in dem Augenblick, in dem wir diesen überprüfen. Daraus folgt, dass der soziale Stimulus sich uns als Reaktion auf den emotionalen Inhalt präsentiert. Die Konstruktion des sozialen Objekts, d.h. des sozialen Stimulus, (wie etwa ein freundliches Gesicht, Hinzufügung MMK), wird durch die Art und Weise unserer Organisation der Antwort bzw. der verschiedensten Reaktionen bestimmt. Der soziale Stimulus wird aus dem emotionalen Material gebildet, der die gehemmten sozialen Impulse in ihrer frühesten Phase begleitet. Hieraus folgt, dass das Selbst diesen besonderen Inhalt verliert, sobald es verstandesmäßig betrachtet wird. Der durchschnittliche Mensch, der ökonomische Mensch, der Mensch auf der Straße haben keine Selbst im Sinne unseres sozialen Bewusstseins. Diese Selbst haben die gleiche Unmittelbarkeit wie das ‚Me‘. Wir sind alle aus demselben Material/Stoff“ (2001a: 7).

Für Mead (2001a: 7) liegt der Unterschied zwischen dem Me (mir) und Anderen im Wesen des jeweiligen die Handlung auslösenden Instinkts bzw. Impulses. An dieser Stelle bietet der Hinweis auf den ‚schützenden‘ und ‚elterlichen Instinkt‘ einen ersten, wichtigen Anknüpfungspunkt für pflegerische Zusammenhänge, insofern er auf die Beziehung zwischen zu Pflegendem (Kind, Kranker, bedürftiger oder alter Mensch) und Pflegendem hinweist. Eher beiläufig erwähnt er deren lebenswichtigen Bedeutung für das menschliche Handeln. In einer anderen unveröffentlichten Schrift leitet Mead (2001a: 73f) von seinen frühen Einsichten ab, wie die Kindheit verbracht werden sollte und welche Bedingungen für die Entwicklung des Kindes gegeben sein sollten. In Anlehnung an die oben erwähnte Metapher, dass Familie und Gesellschaft für die Entwicklung des Kindes vergleichbar günstige Rahmenbedingungen wie die ‚Gebärmutter‘ bereithalten sollte, stellt sich für die professionelle Pflege die Frage, wie und durch welche Verhaltensweisen der Impuls zur Pflege eines anderen Menschen und zur eigenen Pflege hervorgerufen wird, welche Emotionen das pflegerische Handeln begleiten, was sie bewirken, durch welche Art Pflegehandeln die gesunde Entwicklung des Kindes gefördert wird und wie die Eltern hierin unterstützt werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die Beziehung zwischen dem sozialen Umfeld

²⁶ Häufig von Mead erwähnte Beispiele sind die geballte Faust, das Lächeln in einem Gesicht oder die Tonlage. Hier handelt es sich um unterschiedliche Gesten, die für das soziale Handeln wichtig sind. Emotionale Ausdrucksformen oder auch Gesten sind für Mead ‚kollabierte, verkürzte Handlungen‘. Hinter all diesen Gesten verbirgt sich die Tendenz zu handeln (s. Miller 1982 = ISS: 33 ff). An anderer Stelle gibt Mead (MT: 379) einen Hinweis auf die verschiedenen menschlichen Gesten. Bei der vokalen Geste hören wir das, was wir sagen, während wir das, worauf wir mit unseren Fingern hinweisen, sehen. Demgegenüber drücken unsere Körperhaltungen das aus, was wir fühlen. Die Wirkung der von uns bei einem anderen Menschen hervorgerufenen Haltung besteht darin, dass sie auf uns zurückkommt. Diese Funktionsweise der Gesten ermöglicht Partizipation mittels Kommunikation.

(die engere und weitere Familie, das soziale Netz) und dem sich entwickelnden Lebewesen zu sehen. Dieses Umfeld repräsentiert den sozialen Lebensprozess und bietet die Chance zur Entwicklung (s. Mead 2001a: 85f).

Für Mead ergeben sich aus seiner Theorie, wonach der Entwicklung des menschlichen Bewusstseins wichtige soziale Instinkte zugrunde liegen, zwei Implikationen. Erstens halten soziale Instinkte den *Inhalt* und die *Form* einer Gruppe von sozialen Objekten bereit. Nach Mead (2001a: 12) wird ein Objekt unseres Bewusstseins – etwa eine spezifische Form von Pflegehandeln – zum einen durch seinen Inhalt charakterisiert, für den das Individuum als Stimulus empfänglich ist, und zum anderen durch eine Reaktionshaltung gegenüber dieser spezifischen Art von Inhalt. In unserer Erfahrung verfügen wir zumindest implizit über diesen gefühlsmäßigen Bewusstseinsinhalt und unsere Haltung zu ihm. Weiter bedeutet dies, dass unsere bewusste Wahrnehmung *implizit sowohl den Inhalt als auch die Bedeutung eines Objekts* einbezieht. Mit anderen Worten beinhaltet es sowohl die reine sinnliche Wahrnehmung, als auch die begriffliche Erkennung (das konnotierte Konzept). Die Annahme einer organisierten Gruppe von sozialen Instinkten impliziert die These, das im unentwickelten menschlichen Bewusstsein sowohl der Stoff wie die Form sozialer Objekte gegenwärtig ist (GA I: 203f), eine Annahme, die durch Erkenntnisse der Psychoanalyse²⁷ und der Sozialpsychologie, aber auch durch neuere Forschungsarbeiten gestützt wird (s. bspw. Stein 2003, Rochat 2007, 2008).

Zweitens präsentieren soziale Instinkte bestimmte Haltungen und Bewegungen eines Lebewesens für ein anderes Lebewesen. Sie bilden Stimuli und rufen bei letzterem gewisse Reaktionsformen hervor. Diese Reaktionsformen unterscheiden sich je nachdem, ob z.B. der Kampfinstinkt angesprochen wird oder ob es sich um die elterliche Pflege handelt. Die Reaktions- bzw. Handlungsweisen orientieren sich am jeweiligen Stimulus und fallen somit höchst unterschiedlich aus. Offen bleibt zunächst, ob ein solches Handeln als Imitation zu verstehen ist, und worin die Bedingungen für ein solches imitierendes Handeln zu sehen sind. Für Mead (2001a: 14) ist Imitation nur vor dem Hintergrund eines Bewusstseins von anderen Selbsten²⁸ verstehbar, d.h. von einem sozialen Bewusstsein. Das wichtigste Merkmal der sozialen Organisation des Handelns durch Instinkte besteht für Mead (2001a: 14f, GA I: 206) weniger darin, dass ein Mensch das Gleiche tut, was ein anderer Mensch getan hat, sondern darin,

„dass das Handeln eines Lebewesen einem anderen Lebewesen als Stimulus zu einer bestimmten Handlung dient, dass diese Handlung ihrerseits jenes erste Lebewesen zu einer bestimmten Reaktion reizt und dass sich dieses in unablässiger Interaktion fortsetzt. [...]“ (Mead 2001a: 14).

Mead (2001a: 15; GA I: 207) plädiert für eine Weiterentwicklung des zu seiner Zeit vorhandenen Verständnisses der Vorstellungen von ‚Imitation‘ in Richtung einer

„Theorie sozialer Stimulationen und Reaktionen sowie sozialer Situationen, die diese Stimulationen und Reaktionen erzeugen“.

In diese Richtung weisen neuere Arbeiten, die sich mit der Entwicklung von Neugeborenen und Kindern befassen (s. bspw. Meltzoff 2007, Rochat 2008).

Mit Blick auf die Herausbildung eines zunächst emotionalen und dann sozialen Bewusstseins, aber auch mit Blick auf die Gestaltung pflegerischer Situationen ist die Betrachtung des Hervorrufens und Ausdrückens von

²⁷ Joas (1992a: 240f) nennt hier Donald W. Winnicott. Auch Honneth (2003: 151) zieht diesen Vergleich. Robin Das und E. Doyle McCarthy (1992:) haben Meads Arbeit mit der von Winnicott verglichen. Sie heben hervor, dass Mead sich weniger mit Emotionen auseinandergesetzt hat. Die Aussagen dieser AutorInnen müssen vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass sie die frühen, erst 2001 veröffentlichten Arbeiten Meads nicht kannten oder zur Kenntnis nehmen.

²⁸ Dieses Bewusstsein findet anfänglich auf einer propriozeptiven Ebene statt (Meltzoff 2007: 37). Er berichtet von Experimenten mit Kindern unterschiedlichen Alters (wenige Wochen alt, mehrere Monate bis 2 Jahre alt). Hier zeigte sich, dass Kinder aus Beobachtung lernen, aber dass das, was sie lernen je nach Alter variiert. Weiter unterstreicht er die Zielgerichtetheit bei der Imitation und dass Kinder, wie Untersuchungen zeigen, hierbei auf andere Menschen angewiesen sind.

Emotionen als Gesamtprozess, d.h. im Prozess des Handelns, hilfreich. Dieser kann entsprechend dem Auftreten von Emotionen in drei Phasen untergliedert werden:

1. „Ein Stimulus oder eine Situation wird in einer bestimmten Weise interpretiert, etwa als beruhigende Geste oder Stimme.
2. Es kommt zu einer inneren Antwort/Reaktion auf die definierte Situation, die physiologische wie symbolische Prozesse beinhaltet.
3. Es folgt ein nach außen gerichteter Ausdruck (z. B. entspannte Haltung), der Anderen die Emotion anzeigt“ (s. Lindesmith et al. 1999: 130).

Dieser Prozess steht im Kontext sozialer Beziehungen, denn hier wird das Selbst des Kindes im Dialog mit seinen Bezugspersonen (z.B. Eltern) gebildet. Nach Mead (2001a: 16) muss das Kind, bevor es ein Gefühl für das eigene Selbst gewinnt, die Konturen und das Wesen anderer Menschen bestimmt haben. Dies wird ermöglicht, indem andere Menschen auf die grundlegenden menschlichen Erfordernisse des Kindes eingehen. Dies geschieht auf vielfältige Art und Weise, sei es über unmittelbare körperliche Kontakte bei der Körperpflege und der Nahrungsaufnahme mittels Stillens, durch das Vermitteln eines Gefühls von Sicherheit, durch das Beruhigen oder Trösten mittels des Getragenwerdens etc. Die hierbei zum Tragen kommenden Handlungen sind primär pflegerischer Art. Sie sind die Grundlage für die Herausbildung eines emotionalen Bewusstseins, das die Basis für die Herausbildung der menschlichen Handlungsfähigkeit ist. Mittels auf das Kind bezogener Handlungsweisen wird das Kind in die Lage versetzt, emotionale, durch die Eltern vermittelte Ausdrucksweisen von außen auf sich zu beziehen und sie in sein Inneres zu verlagern, d.h. in sich zu fühlen, auch wenn es deren volle Bedeutung anfänglich nicht versteht. Mit Blick auf die o.g. drei Phasen des Wachrufens und Ausdrückens von Emotionen ist wichtig, dass die Emotion eine Reaktion auf ein mit einer Bedeutung versehenes Zeichen ist, dessen Bedeutungsgehalt je nach Situation variiert. Die bei Emotionen ablaufenden physiologischen Prozesse sind nicht erlernte Handlungsweisen, wohingegen dies bei den involvierten symbolischen Handlungsweisen der Fall ist. Die o.g. dritte Phase, die auch als ‚Mimikry von Gefühlen‘ bezeichnet wird, kann sowohl vorsätzlich als auch im Sinne der Anpassung an soziale Konventionen eingesetzt werden. Emotionales Handeln wird im Rahmen der Sozialisation erlernt. Hierbei lernen wir, unsere Gefühle zu benennen und sie im Kontext sozialer wie kultureller Situationen zu deuten. Dieses gibt uns die Möglichkeit, unsere Emotionen zu beeinflussen und zu kontrollieren (s. Lindesmith et al. 1999 131f; Hochschild 1983/2003, Denzin 1984/2007).

Mead (ISS: 39ff) untersucht emotionale Ausdrucksweisen nach ihrer Stellung im sozialen Handeln (s. auch Carreira da Silva 2008: 140ff). Sie stellen für ihn den Beginn eines solchen dar. Er verdeutlicht dieses anhand der unterschiedlichen Haltungen, die der Mensch gegenüber Dingen, der Natur und anderen Menschen einnimmt. Die gegenüber Menschen vorgenommene soziale Handlung begreift er von ihrem Charakter her als eindeutig emotionale und verweist auf die entsprechenden Gesten. In Anlehnung an Dewey geht er davon aus, dass unser Handeln von einer Reihe von Gefühlen geleitet wird, dem sog. ‚affektiven Strom‘. Mead hebt hervor, dass das Gefühl beim Handeln durch eine Verzögerung der Tendenz zum Handeln entsteht. Auch wenn es eine affektive Seite aller Bewusstseinsformen zu geben scheint, erscheint diese solange nicht als Emotion, wie es keine Verzögerung der Tendenz zum Handeln gibt. Erst wenn es zu einer Verzögerung der Handlung kommt, d.h., wenn wir unsere (gegebene) Tendenz zum Handeln überprüfen, stoßen wir auf den emotionalen Inhalt dieser Tendenz (s. MT: 396). Beim Neugeborenen und Baby sind diese Handlungsverzögerungen noch nicht voll entwickelt. „Es kann sich nicht selbst anhalten. Es muss etwas greifen“ (ISS: 40). An anderer Stelle unterstreicht Mead, dass der Unterschied zwischen physikalischem (körperlich, materiell) und sozialem Verhalten im emotionalen Inhalt von letzterem besteht. Emotionen entstehen laut Mead (ISS: 43) unter Spannungen. Da soziales Handeln eine ständige Anpassung und Neuabstimmung beinhaltet, kommt es zu Emotionen. Das Kind ist von vielen sozialen Objekten umgeben und muss lernen, sich anzupassen. Dies ist kein passiver, sondern ein aktiver Vorgang, der in Abhängigkeit zu den sozialen Beziehungen und zum sozialen Umfeld steht.

Für das pflegerische Handeln ist aufschlussreich, wie Mead (s. 2001a: 27f) zwischen Emotion und Interesse unterscheidet und deren Stellung innerhalb des menschlichen Handelns untersucht. Interesse zeigt sich für ihn darin, dass einer Sache nachgegangen wird, bzw. dass ein Ziel verfolgt wird. Im Gegensatz dazu sind für Emotionen, mit Ausnahme von Angst und Furcht, das unmittelbare Greifen nach etwas und die Freude über das Erlangen eines ersehnten Objekts charakteristisch. Das Bewusstsein ist Mead zufolge in allen überwiegend leidenschaftlichen Handlungen mit der Emotion beschäftigt, wobei sich die jeweilige Aktivität reflexartigen Handlungen nähert. In diesen Situationen reagiert die Emotion auf die unmittelbare Präsenz und die Inbesitznahme des erstrebten Objektes – eine Aneignung, die vermittelt instinktiver Prozesse stattfindet, die nicht im Bewusstsein präsent sind²⁹. Wenn hingegen die Handlung das Mittel darstellt, um etwas intentional zu erreichen, d.h. um zu einem Ziel zu gelangen, dann ist die emotionale Seite der Handlung im Interesse zu finden. Bei Interesse gilt es räumliche, zeitliche und andere Hindernisse, die zwischen dem Individuum und dem ersehnten Objekt liegen, bewusst zu überwinden. Werden menschliche Handlungsweisen auf ihren biologischen Ursprung zurückgeführt, dann finden wir diesen zum einen in dem unmittelbaren Aufwenden von Energie für etwas, d.h. in einem Nachgehen nach den Objekten, und zum anderen in ihrer unmittelbaren Inbesitznahme (Mead 2001a: 28). Für Mead drückt sich menschliche Intelligenz bzw. menschliches Denken in den Bewegungen auf ein gesuchtes Objekt hin aus und nicht in dessen Inbesitznahme. Werden die damit verbundenen Prozesse vom Standpunkt der Entwicklungsgeschichte betrachtet, dann ist die Inbesitznahme weniger komplex als die Prozesse, die in das Erlangen des begehrten Objekts involviert sind. Zudem, so Mead (2001a: 28), entsteht die Organisation und Entwicklung von Objekten durch die Entwicklung der Mittel (Werkzeuge) zu ihrem Erlangen, die von den Mitteln der Inbesitznahme abstrahiert wurden. In diesem Entwicklungsprozess kommt der Hand eine zentrale Rolle zu³⁰. Beide Aspekte sind für das auf sich selbst oder auf Andere bezogene pflegerische Handeln von Bedeutung. Zur Herausarbeitung der Bedeutung der Emotionen in der Pflege ist die Definition von Denzin (zitiert in Lindesmith 1999: 134) hilfreich. Er sieht hier

„verkörperte Selbstgefühle, die in emotionalen sozialen Handlungen entstehen, die auf sich selbst oder auf andere Menschen bezogen sind“.

Mit Blick auf den sozialen Prozess, in dem Emotionen bzw. Gefühle entstehen, beobachten Lindesmith et al. (1999: 134):

1. ein Gespür für ein Gefühl im Sinne eines Bewusstseins desselben
2. das Gespür eines Selbstgefühls für ein Gefühl
3. einen Satz von Selbstgefühlen (z.B. Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Scham etc.).

Darüber hinaus unterscheiden sie vier Typen von Emotionen:

1. *Empfindungen des lebendigen Körpers* wie Schmerz
2. *Gefühle des lebendigen Körpers* wie Kummer / Leid, Verzweiflung, Glück, Ärger / Wut
3. *Intentionale, wertbesetzte Gefühle*: Gefühle, die wir intendieren oder in einer Situation fühlen wollen, die aber nicht die aktuell erlebten Gefühle einer Erfahrung sind. Es sind Gefühle in Bezug auf Gefühle.

²⁹ Z.B. wenn das Kind nach der Brustwarze sucht oder einfach nach Hautkontakt.

³⁰ Mead (2001a: 29) beschreibt die mit dem qualitativen Umschwung verbundenen Entwicklungsprozesse von Emotion zu Interesse aus der Perspektive der Fortbewegung und aus der der Sinne. Was letztere betrifft, bieten die Distanzsinn, die das unverzüglich in Besitz genommene Objekt freilegen, insofern sie lediglich die Prozesse der Hand vermitteln, weder Anlass für eine Analyse noch regen sie das Denken in Bezug auf das an, was zwischen uns und dem gesuchten Objekt liegt. Anders formuliert, „solange die aktuellen Kontaktwerte (contact value) für unser Bewusstsein sich in der Fortbewegung und unmittelbaren Inbesitznahme erschöpfen, drückt sich darin vergleichsweise wenig Denken/Intelligenz aus. Wenn sie jedoch selbst zu Mitteln werden, entferntere und schwierigere Ziele zu erreichen, dann werden sie zu dem, worin sich vorzugsweise Denken/Intelligenz ausdrückt. Und schließlich wird das Denken nach Lage der Dinge nicht nur über das Aneignen, sondern über das Bestimmen der Existenz der gesuchten Objekte kontrolliert, so dass die höchste Form der Intelligenz zum Vorschein kommen kann. Hierzu muss der Kontakt mit dem Objekt in einem Kontakt mit der Umwelt entwickelt werden, aus der das Objekt entspringt und die dieses bestimmt. Wir haben es somit mit einer konstanten Abfolge von Entwicklungen von Kontaktprozessen zu tun, die von Inbesitznahmen zu dem werden, was ausschlaggebend für das Aufkommen des gewünschten Objekts wird, und demzufolge muss in diesem Fall eine Entwicklung stattfinden, wobei das, was vorher die emotionale Seite, in erster Linie die leidenschaftliche Seite war, in diejenige Seite umschlägt, die durch Interesse charakterisiert ist. [...] Die Vorlieben/Leidenschaften der einen Periode werden zu Reservoirs der Interessen der darauffolgenden Perioden“.

Sie können sich auf die Vergangenheit, wie auf die Zukunft beziehen. Sie werden durch Selbstgespräche erzeugt und sie können, müssen aber nicht die zuvor genannten Gefühlsformen begleiten.

4. Gefühle in Bezug auf das Selbst bzw. auf sich selbst als moralisch empfindende Person: Diese Gefühle entstehen in einem selbst und sind im inneren Erfahrungsstrom des Menschen verankert. Sie können tiefe Auswirkungen darauf haben, wie ein Mensch sich selbst fühlt (s. Lindesmith et al. 1999: 134f).

Bei der Interpretation emotionaler Erfahrungen sollte nach Lindesmith et al. (1999: 135) berücksichtigt werden, dass alle Emotionen eine sprachliche Basis haben, dass sie vom Selbst des Menschen auf einer bestimmten Ebene des Bewusstseins interpretiert werden und dass die Art und Weise wie das Selbst und der lebende Körper bei emotionalen Erfahrungen zum Tragen kommen, je nach der Emotion variiert.

Ähnliches stellt Wiley (2003: 502f) fest, demzufolge Emotionen auf zwei Ebenen („bilevel“) erfahrbar sind; als ‚out there‘ in Bezug auf unsere Ziele, auf die Umgebung und in Bezug auf Menschen, und als ‚in here‘, d.h. in Bezug auf das innere Wirken des Selbst. Das Selbst erfährt Emotionen auf zweierlei Art, durch zielorientiertes Handeln und durch den Versuch des Selbst, intakt zu bleiben. Beide Ebenen haben die Tendenz sich zu synchronisieren, zusammen aufzutreten und bedingen sich wechselseitig, auch wenn sie zuweilen unabhängig voneinander zu funktionieren scheinen.

Im Unterschied zu vielen psychologischen Entwicklungstheorien, die die Mutter-Kind-Beziehung in den Mittelpunkt rücken, spricht Mead lieber von der Eltern-Kind-Beziehung. Für ihn sind beide Elternteile für die Entwicklung des Kindes wichtig, ein Aspekt den Jessie Taft (1987: 40), eine Studentin Meads in ihrer Dissertation unterstreicht. Sie hebt hervor, dass ein Vater nur nominal Vater ist, solange seine Persönlichkeit nicht über Beziehungen zu seinen Kindern mit ihnen korrespondiert und selbst durch diese geformt wird. Auch wenn er viele Kinder zeugen kann, kann er, wenn er diese Kinder nicht kennt oder keine Beziehung zu ihnen hat, kein Selbst als Vater aufbauen. Laut Taft ist nicht nur die Mutter-Kind-Beziehung für das Kind wichtig, sondern alle Beziehungen zu den es umgebenden Menschen. Dass Mead nicht nur eine Beziehung, die Mutter-Kind-Beziehung, im Blick hatte, sondern die Beziehungen des Kindes zu seinen Eltern sowie zu allen es umgebenden Menschen, betont auch Heather Keith (1999). Je mehr Kontakte das Kind zu Anderen hat, umso mehr hat es die Chance zu einem differenzierten Selbst zu gelangen (s. auch Aboulafia 2001).

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass das pflegerische Handeln unvermeidlich mit emotionalen Erfahrungen unterschiedlichster Art und höchst unterschiedlichen Folgen für den zu Pflegenden verbunden ist. Unterschiedlichste Erfahrungen, die ein Mensch in seinem Leben gemacht hat, können in pflegerischen Situationen virulent werden und Einfluss auf sein Handeln haben. Da Emotionen aus Spannungen entstehen, muss davon ausgegangen werden, dass Menschen ein Interesse daran haben, Pflegesituationen zu vermeiden, die ihnen abträglich³¹ erscheinen oder Angst machen. Dies ist schon bei Neugeborenen zu beobachten und zeigt sich im Abwehrverhalten. Da jegliche Art pflegerischen Handelns in irgendeiner Form auf den Körper des Menschen gerichtet ist und darüber vermittelt auf sein soziales, psychisches sowie spirituelles Befinden, soll im folgenden Abschnitt die Rolle des Körpers bei der Herausbildung des Selbst und eines Körperbilds untersucht werden.

3.2.1.2 DER KÖRPER ALS BASIS DER HERAUSBILDUNG EINES SOZIALEN SELBST, EINES SELBSTKONZEPTS UND EINES KÖRPERBILDS

Schon in seinen frühen Schriften und nicht erst in dem (posthum veröffentlichten) Buch ‚*Mind, Self & Society*‘ (MSS / GIG) hat Mead in unterschiedlicher Weise dargestellt, dass der menschliche Körper und seine biologische Beschaffenheit *eine wesentliche* Voraussetzung für die Entstehung des Selbst ist. Bei der Aneignung der physischen und sozialen Welt kommen der Ausstattung des Körpers und seinen potenziellen Fähigkeiten, insbe-

³¹ Das Bewegende bei der 2007 durchgeführten Aktion ‚Pflege bewegt Deutschland‘ war laut Christel Bienstein (2008: 42) „die spürbare Angst der BürgerInnen vor Pflegeabhängigkeit. Selbst von Menschen, die bereits Beeinträchtigungen haben, hörten wir: Lieber tot umfallen, als pflegeabhängig zu werden!“

sondere dem Gehirn und dem Zentralnervensystem, wichtige Rollen zu. Der Mensch ist zur Herausbildung eines Selbst auf verschiedene Fähigkeiten seines Körpers angewiesen. Ohne den Körper kann niemand handeln und mit anderen Menschen in Beziehung treten. Durch den Körper erfährt und erlebt sich der Mensch. Hierbei ist er auf andere Menschen angewiesen. Ohne die Anderen wäre es ihm weder möglich, zu einem emotionalen noch zu einem sozialen Bewusstsein zu gelangen. Wie oben dargestellt, ist das emotionale Bewusstsein ein zunächst vor-sprachliches, körpergebundenes und durch soziale Beziehungen vermitteltes (s. auch Mead 2001a, insbes. Teil 1, MSS / GIG, Strauss 1993). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass jede Form von pflegerischem Handeln am, mit und um den Körper erfolgt.

Das Kind tritt in die bestehende soziale Welt ein, die sich ihm gegenüber in den sozialen, symbolisch vermittelten Handlungsweisen seiner Bezugspersonen präsentiert. Bereits mit Beginn der Schwangerschaft steht der Körper des ungeborenen Kindes im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der werdenden Eltern bzw. der Professionellen. Sofort nach der Geburt werden die körperlichen Merkmale des Neugeborenen wie Größe, Gewicht, seine Fähigkeit zu atmen und das Geschlecht registriert. Der Körper stellt das entscheidende Medium in der Interaktion mit anderen Menschen dar (s. auch Mühlens 2006). Um ein Gefühl für sich selbst entwickeln zu können, ist das Kind von Beginn an auf soziale Interaktionen, insbesondere auf sogenannte ‚face-to-face‘ Interaktionen angewiesen³². Hierbei beziehen sich die Bezugspersonen wiederum auf den Körper des Neugeborenen, dessen Erscheinung und Ausdrucksweise von ihnen fortgesetzt beobachtet und erkundet wird. Über die Reaktionen und das Verhalten seiner Bezugspersonen nimmt das Kind nach und nach die umgebende Welt und damit sich selbst wahr. Dieser Vorgang ist mit emotionalen Erfahrungen verbunden (s. Mead 2001a: 27, ISS, Pkt. 3.2.2.1).

Für die Herausbildung und Entwicklung eines Selbst bedarf es nach Field (1978: 244ff) einer Reihe körperlicher Fähigkeiten. Hierbei handelt es sich um die Fähigkeit des ‚biokularen Sehens‘ und um die Funktion des ‚audio-vokalen Systems‘, zu dem Ohren, Kehlkopf, Mund, Lunge usw. gehören, die dem Menschen das Sprechen ermöglichen. Weitere wichtige Fähigkeiten sind der aufrechte Gang und der Gebrauch der Hände. Sehen, Hören und Sprechen sind die Voraussetzung dafür, dass sich das Kind in der unmittelbaren Beziehung und Interaktion mit seinen Bezugspersonen (Mutter, Vater usw.) als ein eigenes, von ihnen unterschiedenes soziales Objekt erkennen kann. Dies ist ihm unmittelbar nach der Geburt noch nicht möglich. Es ist das Ergebnis einer Entwicklung, in der physiologische und soziale Prozesse miteinander verwoben sind. In diesem Prozess kommt den Eltern die Aufgabe zu, das zunächst sozial neutrale Kind (das ‚unbeschriebene Blatt‘) zu einem symbolisch funktionierenden menschlichen Wesen zu transformieren (s. auch Wiley 2003). Der kindliche Körper befindet sich in einer Welt von Objekten, als dessen Mitte das Zentrum der kindlichen Aktivitäten selbst, d.h. des kindlichen Inneren, gelten kann. Von hier aus verortet sich das Kind im umgebenden Raum und beginnt, die Welt zu erobern, wobei den Distanzsinnen und den unmittelbaren Kontakterfahrungen für den Aufbau der sozialen und physischen Welt des Kindes eine zentrale Rolle zukommt (s. McCarthy 1984: 107f). In einem längeren Prozess lernt das Kind über seine Distanzsinn und Kontakterfahrungen sowie über die bei seinen Bezugspersonen und in ihm selbst hervorgerufenen Reaktionen seine körperlichen Grenzen kennen und lernt, zwischen Teilen seines Körpers und Objekten seiner Umwelt zu unterscheiden. Hierbei haben die Hände eine wichtige Funktion, da sie das Kind befähigen, Dinge zu berühren, zu ergreifen und festzuhalten. Das Kind kann mit den Händen die es umgebenden Objekte manipulieren, indem es die Dinge an sich zieht oder wegstößt. Die Hände spielen für die Hervorbringung menschlicher Produkte und Symbole insgesamt eine herausragende Rolle. Sie ermöglichen so genannte Kontakterfahrungen und darüber auch die Entwicklung eines Gefühls von Grenzen, von Innen und Außen und schließlich die Ausbildung eines Zeitgefühls. Die elementare Bedeutung des Körpers besteht darin, dass sich das Kind über seinen Körper in Beziehung zu seiner Umwelt und zu anderen Menschen setzt (s. McCarthy 1984:

³² Lindesmith et al. (1999: 219f) verweisen auf Bowlby, der einen vierphasigen Prozess der Bindung (attachment) zwischen Kind und ‚Caretakers‘/Eltern beschreibt: preattachment (Geburt bis sechs Wochen), attachment-in-the-making (6 Wo. bis 6 Mo.); clear-cut-attachment (6 Mo. bis 18 Mo.) und schließlich eine reziproke Beziehung (ab 18 Mo.).

107; PP: 65). Das Kind entwickelt durch seine Erfahrungen mit der Umwelt und sein Sich-in-Beziehung-Setzen mit den Dingen und Menschen allmählich ein Gefühl für seinen eigenen Körper. Die es umgebenden Objekte werden von ihm zunächst im Sinne von gut oder böse bzw. angenehm oder unangenehm gefühlt. Hierbei unterstellt es nach Mead Akzeptanz und Ablehnung und schreibt diesen beiden Haltungen Freude und Missvergnügen zu. Weiter setzt es voraus, dass körperliche Zustände in seine Erfahrungen und damit in die Auseinandersetzung mit der umgebenden Umwelt und die Bedingungen seines Lebensprozesses involviert sind (s. PP: 92). Über diese zunächst gefühlsmäßige Wahrnehmung der Welt gelangt das Kind zu einer Vorstellung von sich selbst als Objekt, das wie andere Dinge über die Zeit andauert. (s. PP; MSS / GIG, PA).

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den umgebenden Dingen wird das Kind mehr und mehr ein Teil der es umgebenden Objektwelt. Mit der Entwicklung des Gehirns kommt es zur Entwicklung der Distanzsinne und damit zur Herausbildung der Unterscheidungsfähigkeit und späteren Urteilsfähigkeit. Wenn die Distanzsinne des heranwachsenden Kindes leistungsfähiger werden und sich verfeinern, können die Kontakterfahrungen, auf die es reagiert, verzögert werden, wodurch sich die Möglichkeiten des Kindes zur Anpassung und zur Auswahl entsprechender Verhaltensweisen erhöhen. Mit der Ausbildung der Distanzsinne und -erfahrungen gehen auch *Erfahrungen von Trennung* einher, nämlich zwischen dem Inhalt der Distanzerfahrung und der entsprechenden Reaktion. In dem Moment, wo sich das Kind selbst zum Gegenstand seiner Distanzerfahrungen macht, wird es seiner selbst bewusst, ein Vorgang, der aus der zunehmenden Beherrschung der menschlichen Kommunikation erwächst. Aus dem Erwachen verzögerter und wechselseitig in Konflikt stehender Handlungsmöglichkeiten entsteht nach und nach das Material für Vorstellungen. Die das Kind umgebende Welt, d.h. die in seinem Wahrnehmungsbereich befindlichen Objekte mit ihren unterschiedlichen Qualitäten treten damit in seinen Bewusstseinsbereich ein. Die Fähigkeit des Menschen, sich mit einem Objekt zu identifizieren, schafft die Voraussetzung für Selbstreflexivität. Diese wird im Laufe der menschlichen Entwicklung ausgebildet. *Identifikation mit etwas* liefert nach McCarthy (1984: 115) das Mittel, über das der Einzelne von einem Wissen über das Innere von Dingen zu einem Inneren des eigenen körperlichen Selbst gelangen kann, und zwar als Bewegung vom Objekt zum Subjekt, vom Anderen zu mir. Hierdurch wird die Identifikation des Selbst als körperbezogenes Ding mit einem Handlungszentrum bestätigt, und zwar über die Objekte, mit denen das Kind umgeben ist und die es nutzt (s. McCarthy 1984: 115). Diesen Objekten kommt bei der Darstellung des eigenen Selbst Anderen gegenüber ein affektiver Inhalt zu, weil sie eng mit seinem Selbstgefühl, z.B. mit dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, verbunden sind. Die Identifikation des Kindes mit den umgebenden physischen und personalen Objekten ist eine Voraussetzung für die Selbstdefinition und für das Erleben von Kontinuität. Das Kind ebenso wie der erwachsene Mensch vermittelt den Anderen einen Begriff von sich durch die von ihm benutzten körperlichen Gesten, sprachlichen Äußerungen und physischen Objekte. Das Selbst des Menschen erhält sein Gefühl für Stabilität und Konsistenz aus einer Umwelt, die gefüllt ist mit vertrauten Objekten. Für die Entwicklung des Kindes beinhaltet die Erfahrung des Vertrauten ein Gefühl der ‚*me-ness*‘, was erklärt, dass das nicht Vertraute beunruhigend ist. Das Gefühl des Vertrauten ist aber die Vorbedingung für die Erfahrung des Ungewohnten, Neuen oder Fremden. Kinder können die Konfrontation mit etwas Neuem oder Fremdem als Störung ihres ‚Eingebettetseins‘ erleben, was die sog. Trennungsangst erzeugen kann. Wird das Neue oder Fremde von Neugier und dem Wunsch begleitet, sich damit in Beziehung zu setzen, kann der Kontakt mit der physischen Umwelt ausgedehnt und vertieft werden und insofern auch das Gefühl der eigenen Handlungsfähigkeit (activity mastery) und der Identifikation mit der Objekt-Welt begründen (McCarthy 1984: 117).

Für die Herausbildung eines Selbst, Selbstkonzepts und Körperbilds kommt den *wahrnehmbaren Objekten* eine zentrale Bedeutung zu, insofern sie bei der aktiven Aneignung der Welt durch das Kind eine wichtige Rolle spielen. Bei der aktiven Erfahrung der Welt fallen sie für das Kind in den Bereich des sich herausbildenden menschlichen Bewusstseins und bilden dessen Grundlage. In diesem Sinne müssen Distanzerfahrungen als Versprechen oder Drohung einer Kontakterfahrung verstanden werden. In diese Objekte kommt das Phänomen des Zukünft-

gen nur durch die Antwort des Organismus auf seine eigenen Reaktionen. In der wahrnehmbaren Welt der bewegenden Gegenwart ist Zukunft etwas, das aufgrund der zielgerichteten Antworten eines bewusst handelnden Menschen entsteht. Distanzobjekte sind das, was Menschen aus ihnen machen. Im Menschen sind bewusste Reaktionen zum einen als Tendenzen, zum anderen als Ergebnisse vergangener Erfahrungen vorhanden, und der Mensch bezieht sich in seiner Wahrnehmung auf sie als Bilder (Imagery) bzw. als ‚Images‘. Vieles, was Menschen wahrnehmen, besteht nach Mead (PP: 96) aus solchen ‚Images‘. Diese sind vergleichbar mit dem sinnlichen Material von Objekten und als solche sind sie der Gegenwart zugehörig. In ‚Images‘ werden sinnliche Wahrnehmungen dem Geist zugeordnet und mit vorhandenen Bildern/Erfahrungen/Dingen verbunden. Träume und Halluzinationen bestehen größtenteils aus Images. Ihr Aufkommen ist nach Mead von in der Vergangenheit erlebten Erfahrungen abhängig. Da diese die neuronalen Verknüpfungen beeinflussen, manifestieren sich Images und Erinnerungen im übertragenen Sinne auch physisch in der Feinstruktur des Gehirns³³. Der Stoff, aus dem Images bestehen, ist von gleicher Art wie derjenige, aus dem Empfindungen bestehen (PP: 96). Die Images gehören zur Wahrnehmung des Einzelnen. Sie sind nur diesem zugänglich, weil ihr Material aus (seinen) früheren Wahrnehmungen herrührt. Images bilden einen der wichtigsten Teile der menschlichen Umwelt. Da sie jedoch im Allgemeinen eng mit den Objekten und Haltungen verbunden sind, aus denen heraus sie wirken, ist es schwer, Images innerhalb unserer aktuellen Erfahrung zu bestimmen und zu isolieren.

Erste Hinweise auf die Funktionsweise von Images beim menschlichen Handeln gibt Mead³⁴ in einem frühen Aufsatz, an den er in späteren Arbeiten immer wieder anknüpft. Hier arbeitet er die zentrale Rolle heraus, die den Distanz- und Kontaktsinnen im Handlungsprozess zukommt. Diese Rolle besteht darin, dass sie unser physisches Selbst zu anderen Objekten in der uns umgebenden Welt in Beziehung setzt. Für die Herausbildung von Images, etwa von unserem Körper, ist es wichtig, dass wir uns beim Handeln auf ein ‚erkennbares Distanzobjekt‘ zubewegen und mit diesem Objekt Kontakt bekommen. Dieser Kontakt wiederum ist bei Mead gleichbedeutend mit Manipulation (s. Mead 2001a: 48). Ähnlich wird auch das menschliche Handeln oder die Herausbildung der Intelligenz durch die Fähigkeit des Menschen, sich anzupassen oder eine bewusste Wahl zu treffen, beeinflusst (s. Mead 2001a: 49). Entscheidenderweise setzen diese Fähigkeiten voraus, dass Menschen sich auf ihre Vergangenheit beziehen können, d.h. auf gemachte Erfahrungen, und dass sie etwas Neues schaffen können, eine Fähigkeit, die sich im Handeln ausdrückt und die auf die menschliche Intelligenz verweist. Die Entstehung sozialer Objekte ist deshalb in diesen reflexiven Zyklus verwoben. Das soziale Objekt besteht aus den Gesten als Hinweise auf eine laufende Handlung bei Anderen plus den Bildern unserer eigenen Reaktionen auf diese Stimuli. Das Kind reagiert auf das Lächeln seiner Eltern, auf ihre diversen sprachlichen und körperlichen Ausdrucksweisen. Diese lösen bei ihm spontane Reaktionen aus, d.h. es lächelt, streckt die Arme aus etc. Wenn die Gesten der Anderen dem Kind die Vorstellungen von seinen eigenen Reaktionen und deren Ergebnisse widerspiegeln, dann verfügt es über das Material, aus dem es soziale Objekte bilden kann, die den wichtigsten Teil seiner sozialen Umwelt ausmachen (s. SW: 137f / GA I: 236).

Mit der Herausbildung der Intelligenz wird es dem Menschen möglich, Kontrolle über seine Umwelt zu erlangen, ein Prozess, der mit vielen Erfahrungen, vor allem mit dem Erwerb und Gebrauch der menschlichen Sprache verbunden ist (s. MSS, Lindesmith 1999; Denzin 1992). Der Spracherwerb umfasst nach Lindesmith et al. (1999: 195f) mehr als die bloße Technik des Sprechens. Nach und nach lernt das heranwachsende Kind die Bedeutung von Zeichen, Gesten und anderen sprachlichen Symbolen kennen und die Sprache als solche zu beherrschen. Meads Vorstellungen von der menschlichen Kommunikation berücksichtigen alle Aspekte der nonverba-

³³ Mead hat immer die Entwicklung des zentralen Nervensystems einschließlich des Gehirns im Blick.

³⁴ Er entwickelt seine Gedanken im Kontext einer vergleichenden Psychologie von lebenden Wesen, Tieren und Menschen, als deren vergleichbares Objekt er das Handeln der Lebewesen zum Ausgangspunkt seiner Überlegungen nimmt. Dieses Handeln können wir aus dem Blickwinkel der menschlichen Erfahrung und der darin enthaltenen Handlungen untersuchen. In diesem Zusammenhang befasst er sich mit der Rolle, die die Distanz- und Kontaktsinne im Handlungsprozess spielen (s. Mead 2001a: 45ff).

len wie verbalen Äußerungen, was nach Denzin (1992: 52f) erlaubt, wichtige Aspekte der frühkindlichen Kommunikation wie die ‚stillschweigenden‘ gestischen Komponenten der zwischenmenschlichen Kommunikation in den Blick zu nehmen. Denzin (1992: 52) betrachtet die Sprache als

„situated production“ which varies by the definitions given objects, selves, others, time-place, and the social relationship between speakers”.

Sie besteht aus einem komplexen gestischen System, dass mittels symbolischer Interaktion geschaffen und aufrechterhalten wird. Das Neugeborene und das heranwachsende Kind nehmen die Gesten, Signale, Zeichen und Hinweise der es umgebenden Bezugspersonen auf und lernen nach und nach, diese auf sich zu beziehen, ihre Bedeutung zu verstehen und sie in den Interaktionen mit ihren Bezugspersonen auf intelligente Art und Weise zu nutzen. Anfangs beschränken sich die kommunikativen Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes auf Gesten und einfachste Lautäußerungen wie das Plappern. Diese müssen zunehmend mit der Erwachsenensprache in Einklang gebracht werden, über Wortsätze und Gesten bis zum instrumentellen Wortgebrauch und schließlich zu komplizierteren Redeformen (s. Lindesmith et al. 1999: 195ff). Wiley (2003: 509) verweist auf die Rolle des inneren Dialogs, zu dem Babys schon fähig sind. Carreira da Silva (2008: 146ff) macht auf drei unterschiedliche Sprachmodi aufmerksam, die Mead im Rahmen seiner Vorlesungen ausgearbeitet hat. Es handelt sich um sprachliche Interaktionsformen, die sowohl als Phasen der sozialen Evolution wie als Phasen des Sprechaktes betrachtet werden können. Es geht hierbei um den *imperativen* Modus, den *konjunktiven* und *optativen* Modus und den *indikativen* Modus. Diese Modi bringen eine wichtige Funktion der Sprache zum Ausdruck. Die Sprache verweist auf das in einer sozialen Situation Geforderte, indem die Sprache eine ‚Identität in der Vielfalt‘ ermöglicht (s. ISS: 160). So gesehen, stellen die drei Modi unterschiedliche Handlungsweisen innerhalb einer Handlung dar. Der imperative Modus beinhaltet eine Form der Anweisung, der konjunktive und optative Modus zeigt mögliche Handlungsalternativen auf, und im indikativen Modus finden sich Hinweise auf die Entscheidung (s. ISS: 160f). Diese Modi gestatten, dass der Mensch sich selbst und Anderen gegenüber alternative Handlungsverläufe zum Ausdruck bringen kann und dass er hierbei über ein gewisses Maß an Autonomie verfügt. Alle drei Sprachmodi sind in Bezug auf das pflegerische Handeln wichtig.

Sprachliche Symbole in Form von Gesten, Worten etc. sind die Voraussetzung dafür, dass Menschen ihre Erfahrung kontrollieren. Ähnliches gilt für Images³⁵. Erst das im Wesentlichen symbolische Denken versetzt uns in die Lage, unser Tun zu analysieren, zu rekonstruieren und unsere Erfahrungen auf individuelle Art und Weise anzupassen. Nur das symbolische Denken ermöglicht ein Selbstbewusstsein, das dem Einzelnen als Individuum zur Verfügung steht. Erfahrungen, die tief in unbewusste Gewohnheiten eingelagert sind, die also nie vom Objekt der Handlung getrennt worden sind, können nach Mead (2001a: 50)

„nicht zum Individuum im vorübergehenden Moment seiner flüchtigen Existenz gehören“.

Die Funktionsweise von Images besteht darin, dass sie das, was in unserer Vorstellung liegt, und damit die Richtung der Schritte vorgeben, mittels derer wir uns einem Objekt nähern. Damit wir zum Handeln veranlasst werden, müssen die in einem spezifischen Umfeld bzw. in einer konkreten Situation erfolgenden Handlungen für etwas stehen, was für uns von Bedeutung ist oder einen Wert hat. Es reicht nicht, dass ein Objekt als Anlass für unmittelbares Handeln dient, es muss auch als Mittel der Abstimmung und Anpassung verschiedener Impulse dienen. Die Beziehung zwischen der Umgebung und den gegenwärtigen Impulsen muss so sein, dass sie eine direkte Rekonstruktion und nicht nur eine einfache Vermittlung erfordert. Menschen sind in der Lage, eine andere

³⁵ Da die Symbole, mittels derer wir denken, größtenteils als Wortsymbole verstanden werden, sind Ideen und Images ‚blutsverwandt‘. Diese Beziehung ist die gleiche wie die zwischen dem gesprochenem oder geschriebenem Wort und dessen Sinn. Mead (PP: 97) hebt zwei Aspekte hervor, einmal den Sinn als inneren Aspekt eines Wortes oder Images, zum anderen die Haltungen bzw. organisierten Antworten beim Auswählen von Merkmalen eines Dings, wenn sie von der Situation, in der sie stattfinden, losgelöst werden. Vor allem aus unseren gewohnheitsmäßigen Antworten in Bezug auf vertraute Objekte bilden sich unsere Ideen von diesen Objekten. Mead hebt im Weiteren hervor, dass der Mensch zur gleichen Zeit zwei Perspektiven einnehmen kann. Dies ist aber nur ein weiterer Aspekt der Entwicklung und eng mit der sprachlichen Entwicklung verbunden.

Situation zu erzeugen, die Anlass für eine andere Handlung gibt. Die Elemente, aus denen diese entstehen kann, werden zu Symbolen für diese Handlung (s. Mead 2001a: 52). Erst die direkte Kontrolle über die Umgebung, d.h. deren Manipulation, schafft die Voraussetzung für den ‚Symbolismus‘ bzw. die ‚Symbolik‘³⁶. Nach Mead (2001a: 52) beinhaltet die Fähigkeit zur Kontrolle von Objekten, die über die verschiedenen Distanzsinne unsere Impulse freisetzen, zugleich die Fähigkeit, diese Impulse und die vergangenen Erfahrungen zu kontrollieren, die jene verkörpern. Mit der Fähigkeit, ein Objekt zu konstruieren, geht auch die Fähigkeit des Individuums einher, sich anzupassen und die Erfahrungen, die die Objekte für es darstellen, zu nutzen. Schon frühkindliche Handlungen bringen die Möglichkeit des Denkens, d.h. des Schlussfolgerns, mit sich. Hierzu muss das Kind in die Lage versetzt werden, den Stimulus so zu konstruieren, dass es seine angeborenen Fähigkeiten und erworbenen Gewohnheiten zum Ausdruck bringen kann. Erst dann gewinnt es Kontrolle über seine Impulse und gewohnheitsmäßigen Ausdrucksweisen. Für Mead geht mit der Gestaltung des Stimulus die Fähigkeit zur Anpassung und Veränderung einher. In diesem Zusammenhang erwähnt er ‚geistige Images‘ und spricht von einem ‚Arbeitsimage‘, welches aufgrund von Konflikten zwischen der Tendenz zur Handlung und der Verzögerung dieser Tendenz in einer Situation entsteht. Ein Image ‚von etwas‘, z.B. von einem gesuchten Haus, entsteht, wenn wir in der Realität mit einem anderen als dem gesuchten Image konfrontiert werden. Das nun entstehende ‚gesuchte Image‘ drückt die verzögerten Impulse aus. Ein erfolgreiches Arbeitsimage des gesuchten Images reicht in die gegenwärtige Erfahrung hinein, interpretiert diese und füllt sie so aus, dass sie nicht einfach das gesuchte Image (z.B. das gesuchte Haus) bleibt, sondern ein Ort wird, der in einer bestimmten Beziehung zu dem gewünschten Ort steht. Damit das Image zu einem Arbeitsimage wird, bedarf es eines weiteren Vorgangs, den Mead als Rekonstruktion bezeichnet. Um etwas rekonstruieren zu können, sollte nach Mead (2001a: 53) im Bewusstsein ein ‚Schema‘ sein, auf das sich die Images, das gesuchte und das tatsächliche, beziehen können. In diesem Bereich kann das allgemeine Element gefunden werden, durch das eine Anpassung möglich wird. Dieses Element ist für Mead (s. Mead 2001a: 53, MSS / GIG) das Denken (Schlussfolgern), innerhalb dessen der Mensch ein Allgemeines (einen Allgemeinbegriff bzw. Universalie) findet, mittels dessen die miteinander in Konflikt stehenden Phasen der Erfahrung harmonisiert werden können.

Was bedeuten diese Vorstellungen mit Blick auf das heranwachsende Kind und die Herausbildung eines Selbst und Körperbilds? An dieser Stelle sei zunächst auf den von Mead (MSS: 136; GIG: 178) behaupteten bedeutsamen Unterschied zwischen Körper und Selbst hingewiesen. Dieser besteht darin, dass das Selbst sein eigenes Objekt sein kann. Das trifft so auf den Körper nicht zu. Wir können unseren Körper nicht körperlich als Ganzes erfahren, da wir allenfalls Teile von ihm sehen und berühren können. Körperliche Erfahrungen sind für uns nach Mead über das Selbst organisiert (s. MSS / GIG; auch Strauss 1993: 110). Der Mensch kann Teile seines Körpers verlieren, ohne dass sich das negativ auf sein Selbst auswirken muss. Die bloße Fähigkeit des Menschen, Teile seines Körpers erfahren zu können, unterscheidet sich nicht von seiner Fähigkeit, andere Gegenstände zu erfahren. Er kommt mit ihnen genauso wie mit anderen Gegenständen in Kontakt und erfährt so seinen Körper. Da der Mensch sich selbst und seinen Körper über die Erfahrungen mit anderen Menschen erfährt, kann er seinen Körper sozusagen aus der Sicht der Anderen wie ein Objekt von außen betrachten und entsprechend handeln. Bis dieses der Fall ist, bedarf es einer längeren Entwicklung. Der Säugling bzw. das Kleinkind erfährt seinen Körper – wie bereits erwähnt –, zuallererst über die physischen Objekte seiner sozialen Umwelt. Erst nach und nach ist er/es in der Lage, die verschiedenen Teile seines Körpers, die er/es sieht und fühlt zu einem einheitlichen Objekt zu synthetisieren. Mead betont:

„Die Form dieses Objekts ist ihm [dem Kind, MMK] in der Erfahrung von Dingen gegeben, die nicht sein physisches Selbst sind. [...] Das bloße Vorhandensein von lustvollen und schmerzhaften Erfahrungen zusammen mit den organischen Sinnesempfindungen, kann erst dann dazu dienen, ein Objekt zu bilden, wenn

³⁶ Hiermit ist die ganze Spannbreite menschlicher Kommunikation gemeint, von der Geste über die vokale Geste bis hin zum signifikanten Symbol. Field (1978: 246) spricht hier von der Fähigkeit zur Symbolisierung und verweist in diesem Zusammenhang auf die Hände und auf den Werkzeuggebrauch als auslösendes Moment für den Ausbau kognitiver Fähigkeiten beim Menschen.

dieses Material unter das Schema eines Objektes fällt, eines in dem die sinnliche Stimulation und die Vorstellungen von der Reaktion zusammenfließen“ (SW: 138; GA I: 237).

In der Organisation der physischen Erfahrungen des Kindes kommt die Erscheinung seines Körpers als einheitliches Ding nach Baldwin (2002: 108f) verhältnismäßig spät. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis von Joas (1992a: 257) zu den Begriffen ‚Körperschema‘ oder ‚Körperbild‘³⁷ interessant. Hiernach gehen Meads Vorstellungen zum Körper über diese Begriffe hinaus, da er die vorsprachliche Kommunikation des Kindes konsequent zum Bestandteil einer Erklärung der Konstitution des Körperschemas macht. Er hebt zwei Punkte hervor:

1. „Wir können beim Kind nicht von einer Priorität der Selbstwahrnehmungen sprechen, da diese Wahrnehmungen vom Kind nicht als Wahrnehmungen des eigenen Körpers identifiziert werden [können].
2. Der Körper des wahrnehmenden Individuums ist nicht als ganzer Objekt. Es werden verschiedene Teile des Individuums gesehen und/oder gefühlt; aber es gibt keine Erfahrung, in der das gesamte Individuum als Objekt erscheint“ (Joas 1992a: 266).

Wie angedeutet, kann das Kind/der Mensch seine körperlichen Grenzen (Oberflächen) nur über gegenständliche Objekte, d.h. von außen nach innen erfahren. Erst darüber ist es möglich, seinen eigenen Körper als ‚begrenztes Objekt‘ wahrzunehmen. Über physische Objekte wird das Kind stimuliert, seinem eigenen Körper gegenüber so zu handeln wie in Bezug auf physische Objekte. Für die Erfahrung und Erfassung physischer Objekte ist deren Verhalten in Bezug auf den menschlichen Körper wichtig. Dieses wird als Widerstand des Organismus auf Druck erfahren, der entsteht, wenn die Hand einen Gegenstand wie die Rassel, ein Holzstück, einen Ball etc. ergreift. Der Widerstand des Objekts hält mit den Bemühungen der Hand an. Das Kind muss die Bemühungen von einem Inneren der Objekte einstufen können, bevor es in der Lage ist, die Bemühungen als seine eigenen zu identifizieren. Die umgebende Welt ist nach allen Seiten hin um es herum ausgebreitet. Erst nach und nach wird sie eine vertraute, in der der Körper schließlich seinen eindeutigen Platz erhält (s. PP: 137f). Die Frage der Einheit des Körpers bringt Mead nach Joas (1992a: 267) mit der Frage nach der Konstitution des physischen Dings, des permanenten Objekts, zusammen. Meads entscheidende Idee besteht darin, dass

„die Konstitution des permanenten Objekts schon elementare Strukturen der Rollenübernahme voraussetzt, nämlich die Identifikation mit einer Person, und dass nur dies die Koordination von Hand und Auge und die Übertragung einer aktiv wirkenden Substanz in die Objekte ermöglicht“.

Die schon weiter oben erwähnte Fähigkeit zur Identifikation und zur Übertragung des Identifizierten auf etwas anderes, hier den eigenen Körper, wird über Kommunikationsprozesse ermöglicht. Laut Joas/Knöbl (2004: 715) liefert die Rollenübernahme (s. auch Pkt. 3.2.2) dem Kind das Modell für den Umgang mit physischen Objekten, insofern nun auch den Dingen ein Inneres unterstellt wird, das Widerstand leistet. Das Einwirken auf Dinge wird also in ähnlicher Weise verstanden wie das mittels symbolvermittelter Kommunikation erfolgende Einwirken auf Interaktionspartner.

Was nun die Identifikation mit Objekten betrifft, bietet der menschliche Körper eine Quelle für **‚soziale Identitäten‘**. Eine wichtige ist das Bild vom eigenen Körper, das wiederum ein wichtiger Aspekt der Selbstkonzeption von Menschen ist³⁸ (s. 3.2.3.3). Laut Field (1978: 249ff) kann der menschliche Körper diese sozialen Identitäten sowohl enthüllen als auch verbergen. Für die Konstruktion und Rekonstruktion sozialer Identitäten bedeutsame körperliche Merkmale sind etwa Geschlecht, Alter, Rasse und Ethnie. Ein anderer Aspekt sind körperliche Mängel. Darüber hinaus erfüllt der Körper Funktionen, die für das Körperbild, aber auch für die Pflege wichtig sind. Er hat die Funktion eines Gestells und er ist das Instrument unseres Handelns. Für das pflegerische Handeln ist wichtig, dass der Körper wie andere Objekte durch den Menschen gestaltet werden kann. Der Körper kann mittels pflegerischer Aktivitäten, seien es fremde oder eigene, bearbeitet werden. Hierbei erfährt das Kind/der Mensch, was für ein Objekt sein Körper ist, welche Reaktionen sein Körper bei Anderen und in der Folge bei

³⁷ Joas referiert den damaligen Kenntnisstand und verweist auf u.a. auf Schilder, Merleau-Ponty (s. 1992a: 257-265).

³⁸ Lindesmith et al. (1999: 140) heben hervor, dass das ‚body image‘ eines Menschen über das, was sich unter seiner Haut befindet und davon, wie der Körper funktioniert, von anatomischen und anderen wissenschaftlichen Vorstellungen zum Körper zu unterscheiden ist. Bei body images handelt es sich um soziale Konstruktionen.

ihm selbst auslöst. Im Rahmen sozialer Beziehungen entwickelt das aufwachsende Kind ‚Images‘ von seinem Körper und dessen Funktionsweise. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass die menschliche Wahrnehmung vorausschauende Erfahrungen als direkte Kontakte enthält. Das Wahrgenommene ist wie ein Versprechen, dessen Realisierung nur im Kontakt gefunden werden kann. McCarthy (1984: 117) betont, dass ein Objekt nur besteht, wenn man damit Kontakt gehabt hat oder haben könnte. So gesehen stellt die taktile Berührung eines Objekts die unbestreitbare Konfrontation mit der Realität dar. Von daher vermittelt die Berührung ein größeres Gefühl der Gewissheit als jeder andere Sinn³⁹. Über den Körper macht der Mensch seine ersten pflegerischen Erfahrungen. In den auf die Pflege des Kindes und seines Körpers bezogenen Handlungen, die das physische wie psychische Wohlbefinden des Kindes im Auge haben, drückt sich die prinzipielle Annahme des Kindes durch die Eltern aus. In der Art und Weise, wie sie sich auf das Kind beziehen, und in ihrer Haltung ihm und seinen Ausdrucksweisen gegenüber, vermitteln sie dem Kind ihre Zuneigung, ihre Sorge, ihre Freude, aber auch ihr Missfallen, ihre Ängste, ihr Unwohlsein usw. Diese Dinge erlebt das Kind im wahrsten Sinn des Wortes ‚körperlich‘. Sie sind wichtig für die Herausbildung eines Körperbildes im Sinne eines ‚Arbeitsimages‘.

So, wie der Mensch sein gesamtes Selbst nicht unmittelbar, sondern nur über die Haltungen der Anderen erfährt, erfährt er auch seinen Körper über die Anderen. Dessen besondere Beschaffenheit, sein Aussehen, seine Leistungsgrenzen etc. werden von Anderen beurteilt und begründen deren Verhältnis zu ihm. Die Haltungen der Anderen gegenüber seinem Körper werden ebenso wie ihre Haltungen zu seinem Selbst von ihm verinnerlicht und dienen der Handlungsorientierung. So wie es mehrere ‚Me‘ gibt, existieren auch mehrere Körperbilder, die zu einem Ganzen integriert werden müssen (s. Schilder 1950, MSS, PA), um Handeln zu ermöglichen. Das aus diesen Körperbildern synthetisierte einheitliche Bild vom Körper muss sich in der sozialen Interaktion und im Handeln bewähren. Die auf den zu pflegenden Körper und auf das Kind bzw. auf den Menschen insgesamt bezogenen Handlungsweisen können den verschiedenen von Roper (1976) genannten Handlungskomplexen zugeordnet werden, wie etwa dem Handlungskomplex der AL oder den zum Wohlbefinden beitragenden Aktivitäten. In den sozialen Beziehungen zu seinen Eltern bzw. Bezugspersonen macht das Kind zentrale Erfahrungen in Bezug auf die Anerkennung seiner Person durch Andere. Wie schon erwähnt, zieht der Körper des Ungeborenen heutzutage eine sehr starke Aufmerksamkeit auf sich. Das Interesse an den Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik und Therapie lässt auf den unsere Gesellschaft beherrschenden Wunsch nach einem funktionsfähigen, von Krankheiten und körperlichen Makeln und Behinderungen freien Körper schließen. Diesen Gedanken greifen Roper et al. über das Konzept der Lebensspanne auf. Letztere beginnt für sie mit der Konzeption, d.h. vor der Geburt. Die Reaktionen der Eltern auf den Körper des Neugeborenen unterliegen gesellschaftlichen Normen. Das von ihnen gezeugte und geborene Kind wird (wie sie selbst) anhand dieser Normen beurteilt. Die Beurteilung des eigenen Kindes anhand gesellschaftlicher Normen und Ideale schlägt sich in der Beziehung der Eltern zum Kind bis in die Pflege ihres Kindes nieder. Auch die beruflich mit dem Kind Befassten können sich hiervon nicht befreien, was sich wiederum in ihren Einstellungen und Handlungen gegenüber Kind und Eltern niederschlägt.

Über diese Images vom eigenen Körper, in die die Erfahrungen eingelagert sind, wie Andere und es selbst mit diesem Körper umgehen, gewinnt das Kind nach und nach Kontrolle über den eigenen Körper. Pflegerisches Handeln ist somit für die Entwicklung und Konstruktion, für die Aufrechterhaltung und Rekonstruktion eines wie immer gearteten Körperbildes fundamental. Der Umgang mit dem menschlichen Körper im Rahmen der Pflege eines Kindes, eines anderen Menschen oder seiner selbst, ist primär eine soziale Erfahrung, die zunächst nicht mit Krankheit verbunden ist. Tritt Krankheit ein, dann verändert diese die Rahmenbedingungen der Pflege und das Verhältnis des Menschen zum eigenen Körper bzw. zu anderen Körpern (s. auch Corbin 2003).

³⁹ Dies wird auch über die Sprache vermittelt. Mit etwas oder jemandem in Berührung/in Kontakt sein, drückt einen Zustand des vollen Bewusstseins, des Kontaktes und der Kommunikation aus.

Indem der Mensch mittels der Fähigkeit zur Rollenübernahme seinen Körper als Objekt betrachtet, kann er über seine äußere Erscheinung und seine Leistungsfähigkeit, also die Fähigkeiten des eigenen Körpers reflektieren, bzw. ein wenn auch unvollständiges Image von seinem Körper entwickeln. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass der Mensch auf seine körperlichen Fähigkeiten Einfluss nehmen und sie im Sinne einer Disziplinierung verbessern kann. Andererseits kann der Mensch durch sein Handeln nicht nur auf die Funktionsweise seines Körpers, sondern auch auf das Erleben desselben Einfluss nehmen. Allerdings darf hierbei nach Joas (1992 a: 247) mit Blick auf die Handlungsfähigkeit des Menschen die Instrumentalisierung des Körpers durch den Handelnden oder durch verselbständigte ‚Disziplinen‘ nicht als vollständig gedacht werden. Der Körperkontrolle auf der Bühne des Lebens entspricht immer eine periodische Lockerung dieser Kontrolle hinter den Kulissen. Eine Handlungstheorie muss sich laut Joas mit der Herausbildung der Körperkontrolle wie mit der Fähigkeit zu ihrer Lockerung, d.h. mit der intentionalen Reduktion der Instrumentalisierung des Körpers beschäftigen, ein Gedanke der für die Pflege zentral ist.

Über die Art, wie wir unseren Körper pflegen und mit ihm umgehen, teilen wir Anderen etwas von uns mit. Nach McCarthy (1984: 116) sind der Gebrauch und die Verschönerung von Objekten – wie des menschlichen Körpers - Mittel der Selbstdarstellung: „The personality is more when it is adorned“. Eine Verschönerung ist eine Art von Ausstrahlung, die von der Persönlichkeit ausgeht und sinnliche Aufmerksamkeit provoziert. Der Körper ist somit ein zentraler Bezugspunkt für den Menschen. Seine Erfahrungen mit anderen Menschen werden nachhaltig von seinem Körper, dessen Merkmalen und Fähigkeiten geprägt. Der Körper repräsentiert das Selbst des Menschen auf ganz besondere Weise. In seinen Beziehungen zu anderen Menschen spielen der Körper, die äußere Erscheinung (Schönheit, körperliche Fehler, Hautfarbe, Alter usw.), seine Geschlechtszugehörigkeit, seine Leistungsfähigkeit (in Sport und Beruf etc.) eine wichtige Rolle. Andere Menschen reagieren auf ihn. Die Reaktionen der Anderen beeinflussen das Bild, das sich jemand vom eigenen Körper macht. In dieses Körperbild fließen die eigenen und die Beurteilungen und Haltungen der Anderen ein. Das Körperbild ist damit ein wichtiger Aspekt des Selbst und des Selbstkonzepts, wobei hervorzuheben ist, dass die Konzeptionen vom eigenen Körper, von dessen Organen und Funktionsweisen sich je nach dem kulturellen Umfeld mehr oder weniger stark unterscheiden (Field 1978, MSS, PP, PA, Lindesmith et al. 1999: 145, Corbin/ Strauss 1988/1993, Corbin 2003, Strauss 1993, Backes 2008; Gugutzer 2008)⁴⁰. Im nächsten Abschnitt soll auf die Herausbildung der bisher nur angedeuteten grundlegenden Fähigkeit zur Rollenübernahme eingegangen werden. Ohne diese Fähigkeit ist menschliches und somit auch pflegerisches Handeln nicht möglich.

3.2.2 MENSCHLICHES HANDELN UND ROLLENÜBERNAHME

Individuelles Verhalten und Handeln sind wie jede individuelle Tätigkeit in einen gesellschaftlichen Prozess eingebettet. Meads Interesse bestand darin, den Prozess zu rekonstruieren, durch den Menschen für sich selbst die wichtigsten Objekte werden. Dieser Prozess verweist auf ein wichtiges Konzept des Meadschen Werks, das der ‚Übernahme von Rollen‘ (role-taking), insbesondere der ‚Übernahme der Sicht von Anderen‘⁴¹ oder auch des ‚in der Perspektive des Anderen sein‘⁴². Hinweise auf dieses Konzept finden sich schon in den frühen Schriften (s.

⁴⁰ In ihrer Arbeit *Identität und Körper in der (post)modernen Gesellschaft* befasst sich Anne-Christin Stockmeyer (2004: 55ff) mit dem Stellenwert der Körper/Leib-Thematik in Identitätstheorien. In diesem Zusammenhang prüft sie, welche Rolle dem menschlichen Körper in Meads Werk beigemessen wird. Sie kommt zu dem Schluss, dass der Körper bei Mead eine untergeordnete Rolle spielt und auf ein vorsoziales Moment reduziert erscheint. Erst über die Vergesellschaftung sei es möglich, d.h. durch die Wahrnehmung des Körpers aus der Außenperspektive, den Körper als zur eigenen Person zugehörig zu erfahren. Ihre Einschätzung basiert auf einer äußerst eingeschränkten Kenntnis von Mead (nur Teil III, GIG) und der auf Mead aufbauenden Arbeiten. An ihrer Rezeption wird deutlich, wie problematisch die deutsche Übersetzung des Meadschen ‚self‘ mit Identität ist. Sie erschwert bzw. behindert geradezu ein Verständnis der Rolle, die dem Körper bei der Herausbildung des Selbst bei Mead zukommt.

⁴¹ Die englische Begriffe ‚role‘ und ‚attitude‘ werden vielfach synonym benutzt (s. Charon 2001, Martin 2005). Dies geschieht auch in der deutschen Literatur (s. Geulen 1982).

⁴² Miller (1982: 17) behauptet, dass Mead diese Wendung, beeinflusst von A.N. Whitehead, in seinen späteren Lebensjahren häufiger benutzte als ‚taking the role of the other‘.

ISS). Ausgearbeitet hat er es in seinem Aufsatz *„The Social Self“* (s. Cook 1993: 78; Dodds et al. 1997; Deegan 2001b: liv; GAIL: 91ff). In seinen späteren Schriften beleuchtete er es immer wieder aus verschiedenen Perspektiven. Das Konzept der Rollenübernahme enthält eine Makrodimension bzw. eine strukturelle Dimension. Das Konzept verweist auf eine spezifisch menschliche Fähigkeit als anthropologische Kategorie, die an die menschliche Sprache gebunden ist und für die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit (selfhood) zentral ist. Nach Charon (2001: 109) ist die Fähigkeit zur Rollenübernahme wahrscheinlich die entscheidende geistige Aktivität, die für die Aneignung wie für den Gebrauch von Symbolen notwendig ist. Menschen setzen diese geistige Aktivität in jeder sozialen Situation ein. Die Rollenübernahme ermöglicht dem Menschen, sich die Welt aus der Perspektive von Anderen vorzustellen. Sie ist die Grundlage menschlichen Handelns, denn wenn wir uns etwas vorstellen, handeln wir, indem wir das Vorgestellte nutzen, um Situationen, mit denen wir konfrontiert sind, zu bewältigen. Der geistige Vorgang, aus sich selbst herauszutreten und sich die Welt bildlich aus den Rollen der Anderen heraus vorzustellen, ermöglicht dem Menschen sich selbst von außen her als Objekt zu betrachten. Dieser Vorgang, die Rollen- bzw. Perspektivenübernahme, ist für das menschliche Bewusstsein und jede Kooperation wesentlich (s. Charon 2001: 110). Er erlaubt dem Menschen sein eigenes Handeln an den Rollen bzw. Perspektiven anderer Menschen oder Gruppen⁴³ (s. Carreira da Silva 2008: 31ff) auszurichten. Im Folgenden konzentriere ich mich auf den Prozess der Herausbildung dieser menschlichen Fähigkeit und dabei vor allem auf Aussagen, die für das pflegerische Handeln von Bedeutung sind.

3.2.2.1 ERSTE ANSÄTZE ZUR ROLLENÜBERNAHME

Unter dem Titel *„The Child and Learning to take the role of the other“* hat Deegan einen Auszug aus Meads Buch *„Mind, Self and Society“* (MSS) zusammengestellt, in dem sich zentrale Ideen Meads zu der Fähigkeit der Übernahme der Rolle Anderer finden. Die Ausführungen beginnen mit der Illustration der Rolle, die der vokalen Geste bei der Pflege/Versorgung des Kindes durch die Eltern zukommt. Nach Mead (2001b: 81f; MSS: 364; GIG: 414) gehören die phonetischen Elemente, aus denen sich später die artikulierte Sprache bildet, zu den sozialen Haltungen, die zusammen mit deren vokalen Gesten antwortende Haltungen in Anderen auslösen. So gehört etwa der ängstliche Schrei des Kindes zu der Tendenz, auf die Eltern zuzuflihen und deren beruhigender Ton ist Teil ihrer schützenden Bewegung. Die vokale Geste der Furcht ruft die korrespondierende Geste des Schutzes hervor. An diesem Beispiel hebt Mead zwei wichtige Verhaltensformen hervor, die aus der Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern entstehen. Das ist zum einen die Imitation des Kindes und zum Anderen die ‚mitfühlende Antwort‘ (sympathetic response) der Eltern. Die Basis für beide Verhaltensweisen findet sich im Menschen, der sich selbst so stimuliert, wie Andere auf ihn reagieren. Dies ist an zwei Bedingungen gebunden:

1. Ein Mensch muss durch den gleichen Stimulus beeinflusst werden wie der Andere und zwar durch den gleichen Sinneskanal, was bei der vokalen Geste der Fall ist.
2. Der Impuls, der sich bei demjenigen, der den Laut von sich gibt, einen Ausdruck zu verschaffen sucht, muss funktional von der gleichen Art wie der Stimulus sein, auf den derjenige, der den Laut hört, antwortet (s. Mead 2001b: 81f).

Diese Bedingungen sieht Mead in dem vertrauten Beispiel eines Kindes gegeben, dass zunächst schreit und gleich darauf beruhigende Geräusche von sich gibt. Letztere gehören zu der schützenden Haltung der Eltern. Hier haben wir es mit einer frühen Form der Rollenübernahme zu tun, die in ihren Anfängen dem Geist, den Symbolen und dem Selbst in der kindlichen Entwicklung vorausgeht. Mead argumentiert, dass zuerst die Rollenübernahme vorhanden ist. Diesen Gedanken greift Wiley (2003: 505) auf. Er sieht eine wichtige Aufgabe des Neugeborenen und des kleinen Kindes darin, die Zeichen und Gesten, die es von anderen Menschen empfängt, von nichtsignifikanten in signifikante zu verwandeln. Erst dadurch entsteht das kindliche Selbst ‚in einem ‚Bündel mit anderem‘, ein Entwicklungsschritt, der eng mit dem Erwerb sprachlicher Fähigkeiten verbunden ist. Wie

⁴³ Menschen leben in einer Welt bestehend aus Objekten. Die meisten der uns umgebenden Objekte sind physischer Art. Wir können sie greifen, fühlen und nutzen, weshalb Mead sie auch als ‚Objekte der unmittelbaren Erfahrung‘ bezeichnet. Menschen können wie die physischen Objekte ebenfalls als Objekte betrachtet werden. Sie unterscheiden sich allerdings von ersteren, insofern die reflexive Intelligenz den Menschen zu einem sozialen Objekt macht (s. ISS: 193ff).

schon erwähnt, hat das Kind anfangs kein Selbst. Es wird aber von seinen Eltern und von den es umgebenden Bezugspersonen angesprochen. Nach Wiley scheint es so zu sein, dass das Kind zuerst die ‚Rollenübernahme‘ als jemand lernt, der Informationen erhält anstatt sie zu senden. Danach lernt das Kind die ‚Rollenübernahme‘ als aktiv Kommunizierender (bedeutungsvolles Lächeln, bedeutungsvolle Laute). Über diese frühe Form der Rollenübernahme im Sinne eines wechselseitigen Nehmens und Gebens hat das Kind die Chance, ein Selbst zu entwickeln und zu werden. Damit dies möglich ist, muss das Kind von seinen Eltern anerkannt werden⁴⁴. Das Bindeglied zwischen Anerkennung/Erkennen und der Möglichkeit, ein Selbst zu werden, sieht Wiley (2003: 505) im Vertrauen.

Dieses kindliche Verhalten mündet später in zahlreiche Formen des Spiels, in denen das Kind die Rollen der Erwachsenen übernimmt. Mead sieht in der überall anzutreffenden Gewohnheit, mit Puppen zu spielen, einen Hinweis auf diese im Kind ausdrucksbereite elterliche Haltung oder zumindest einiger bestimmter elterlicher Haltungen (s. Mead 2001b: 82; MSS: 365; GIG 1973: 414f). Aufgrund der langen Abhängigkeit von seinen unmittelbaren Bezugspersonen, einer Zeit also, in der das Kind sich auf seine Beziehungen zu diesen zentriert, hat es unbegrenzte Möglichkeiten für das Hin- und Herspielen dieser Art der Übernahme von Rollen Anderer. So lenkt das Kind für eine beachtliche Zeit seine Aufmerksamkeit auf das soziale Umfeld, das sein Bezugssystem ihm bietet. Hierbei sucht es durch seine Gesten, insbesondere vokale Gesten, Unterstützung und Nahrung, Wärme und Schutz. Diese Gesten lösen nach Mead zwangsläufig im Kind selbst die elterlichen Antworten aus (s. Mead 2001b: 82; MSS: 364; GIG 1973: 415). Das Kind regt sich selber an, Geräusche oder Gesten zu erzeugen, die es bei den Eltern anregt. Was das Kind letztlich produziert, hängt von seinem Umfeld ab. Nach Mead bestimmt das Leben um das Kind herum indirekt, welche elterlichen Antworten es in seinem Verhalten reproduziert, denn die direkte Stimulation der elterlichen Antworten findet sich unvermeidlich in seinen kindlichen Appellen. Auf die Stimulation der Erwachsenen reagiert es als Kind. Bezogen auf die Selbststimulation heben Lindesmith et al. (1999: 231) hervor, dass Kinder durch diesen Prozess lernen,

„von sich selbst als Personen zu denken, die persönliche Sichtweisen, Gefühle, Ambitionen und Ziele haben. Ein solches Erkennen bedeutet notwendigerweise, dass sie sich selbst entlang von Linien erkennen oder erfassen, die den Konzeptionen ähnlich sind, die Andere von ihnen haben. [...] Wie Mead aufgezeigt hat, sind kleine Kinder weniger bewandert auf der ‚Me‘-Seite. Sie reagieren direkt auf Stimuli, da sie nicht die Mittel – oder nur unangemessene Mittel – haben, die Rolle des Anderen zu übernehmen. Im weiteren Verlauf entwickeln Kinder in Bezug auf ihre eigenen Reaktionen auf sich selbst (1.) ein Bewusstsein von ihren eigenen Reaktionen; (2.) lernen sie etwas über deren Konsequenzen und sie erlangen (3.) eine gewisse Objektivität in Bezug auf diese (Reaktionen)“.

Die Bedeutung der Sprache in diesem Zusammenhang liegt auf der Hand, denn durch sie können Menschen sich der diversen Objekte bewusst werden. Dazu müssen sie in der Lage sein, diese zu benennen und zu klassifizieren. Wenn sie lernen, Symbole auf sich selbst und auf ihre Handlungen anzuwenden, werden sie sich ihrer selbst bewusst.

Mit Blick auf die Pflege in ihren verschiedenen Erscheinungsformen ist jene Haltung wichtig, die Mead bei Erwachsenen als ‚*sympathy*‘, d.h. Mitfühlen, bezeichnet. Diese rührt von der gleichen Fähigkeit her wie die Fähigkeit zur Übernahme der Rollen Anderer. Sie ist kein Bestandteil der unmittelbaren Reaktion zu helfen, zu unterstützen oder zu schützen. Sie ist ein direkter Impuls, der nicht unvereinbar mit der gelegentlichen Ausübung des gegenseitigen Impulses ist⁴⁵. Damit Mitfühlen (Sympathie/Wohlwollen) oder die ‚*attitude of care*‘⁴⁶ entstehen kann, muss man sich nach Mead (s. MSS: 366; GIG: 416) selbst zur Pflege und zur Beachtung Anderer stimulieren, indem man bis zu einem gewissen Maß die Haltung der zu pflegenden Person übernimmt, was umgangs-

⁴⁴ Dieses Thema hat Axel Honneth (1992) in seinem Buch ‚Kampf um Anerkennung‘ aufgegriffen (s. auch Pkt. 3.2.4.3)

⁴⁵ Eltern handeln gelegentlich in einer sehr ordinären elterlichen Weise, die herzlos scheint, sie zerstören und konsumieren ihren Nachwuchs. (GIG: 416)

⁴⁶ Nach Mead (MSS: 298f; GIG: 346f) ist der Begriff ‚Sympathie/Mitfühlen‘ ambivalent und schwer zu interpretieren. Er bezieht sich hierbei auf eine Haltung zur Pflege oder auch ‚assistance of one individual by another‘ (MSS: 299)

sprachlich auch als ‚sich an seine Stelle versetzen‘ (Mead, ebenda) genannt wird. Die Basis hierfür liefert die in der menschlichen Natur vorhandene ‚Kind-Eltern-Haltung‘. Instinktiv übernimmt das Kind die elterliche Haltung als Antwort auf seine eigne kindliche Haltung. Dies ist eine Tendenz, die nicht immer offen erscheint (s. ISS: 59). Beim ‚Mitfühlen‘ handelt es sich um eine ausschließlich menschliche Handlungsweise, die gekennzeichnet ist durch die Potenzierung der Selbststimulierung zu einer Handlung, in der man antwortet wie ein Anderer. Bei der Entwicklung dieser Handlungsweise kommt der vokalen Geste⁴⁷ eine zentrale Rolle zu. Sie bietet die Basis für die Entwicklung von Mitfühlen. Die vokale Geste macht es möglich, dass der Mensch auf sich selbst reagieren kann. Die Antworten auf diese Stimulation geben dem Kind das Material, aus dem es andere Selbst bildet. Wenn es diese aufgebaut hat, verfügt es über Selbst, die aus dem gleichen Stoff wie es selbst sind und die gleiche Tendenz zu antworten haben (s. ISS: 59).

Frühe Ansätze der Fähigkeit zur Rollenübernahme sind demnach beim Säugling zu beobachten, wenn er „bewusst die Aufmerksamkeit Anderer erregt und sich der Einwirkungen Anderer eher bewusst ist als der Wirkung seiner selbst“ (GA I: 243, Mead 1913: 375). In seinen Arbeiten beschreibt Mead zwei kindliche Spielformen (s. Joas 1992b: 253), die für die Entwicklung des Menschen und für die Ausbildung der Fähigkeit zur Rollenübernahme essentiell sind: das Spiel (play) und das organisierte Spiel bzw. der Wettkampf (game). Die damit verbundenen Entwicklungsschritte werden häufig in Analogie zu anderen Entwicklungstheorien (etwa Freud, Erikson) im Sinne eines Phasenmodells beschrieben. So können nach Lindesmith et al. (1999: 236) die Schritte zur Ausbildung der eigenen Persönlichkeit als vorbereitende, interaktionale und partizipatorische Phase bezeichnet werden. Sie relativieren diese Aussage insofern, als sie betonen, dass das Selbst nach Ende der Kindheit nicht etwas Fixes ist, sondern während des ganzen Lebens Veränderungen ausgesetzt bleibt (ebenda 1999: 313ff). Charon (2001: 74f) hingegen nennt vier soziale Phasen: die vorbereitende Phase, die des Spiels, die des Wettkampfs (game) und schließlich die der Referenzgruppe. Deegan (2001b: liv) äußert sich kritisch zu der Vorstellung von Phasenmodellen. Sie hebt hervor, dass die Phase des Spiels, die einige Jahre anhält, mit dem Übergang in die Phase des Wettkampfs nicht einfach abgeschlossen ist. Vielmehr sei das Spiel von fundamentaler Bedeutung für das gesamte spätere Leben (s. auch Joas 1989: xix). Es ist grundlegend für die Entwicklung aller Aspekte des Selbst: Bewusstsein, Geist, Intelligenz, signifikante Symbole und menschliche Interaktion. Dieser Umstand kann bei der Vorstellung der Entwicklung des Selbst im Sinne eines Phasenmodells und der entsprechend stattfindenden Ausbildung der Fähigkeit zur Rollenübernahme leicht zugedeckt werden. Jeder Mensch muss diese Entwicklungsschritte⁴⁸ im Sinne eines Lernprozesses, Sozialisation genannt, durchlaufen. Hierbei haben alle grundsätzlich das Potenzial, sich im Lebensprozess weiterzuentwickeln. Der Mensch ist historisch in der Gesellschaft verortet, in der er lebt. Mit Blick auf die Herausbildung einer Fähigkeit zum pflegerischen Handeln muss demnach der Entwicklung der Fähigkeit zur Rollenübernahme sowie der Entwicklung der mitfühlenden (sympathetic) Haltung Aufmerksamkeit geschenkt werden.

3.2.2.2 Zum SICH HERAUSBILDENDEN SPIEL (PLAY) UND ORGANISIERTEM SPIEL (GAME)

Menschliches Handeln wie das kindliche Spiel ist immer in soziale Prozesse eingebunden. Es geht stets mit Interaktionen einher, also mit der wechselseitigen Beeinflussung des Handelns von mindestens zwei Menschen. Strauss (1993: 22) betont, dass die an der Interaktion Beteiligten nicht real vorhanden sein müssen, sie können abwesend, tot, lediglich in der Phantasie des Handelnden vorhanden sein und etwa wichtige Autoritäten repräsentieren. Die gemeinsame Sprache, nonverbal wie verbal, ermöglicht es dem Menschen, sich während seines Handelns in die die Rolle des Anderen hineinzuversetzen und das entsprechende Wissen für den Handlungsverlauf und die sich aus ihm ergebenden Folgen zu berücksichtigen. Im kindlichen Rollenspiel findet genau dieses statt. So setzen sich Kinder in ihrem Spiel mit den in ihrer Phantasie geschaffenen Spielgefährten, also mit un-

⁴⁷ Erst die vokale Geste schafft aufgrund des ‚identischen‘ Stimulus die Voraussetzung für Imitation.

⁴⁸ Diese Entwicklungsphasen können als Anhaltspunkte dienen. Sie verlaufen aber nicht linear, sondern eher spiralförmig, d.h. sie sind mit Vorwärts- und Rückwärtsentwicklungen im Prozess der Konstruktion und Rekonstruktion der eigenen Persönlichkeit und des Selbst verbunden.

sichtbaren, imaginären Spielkameraden oder Begleitern auseinander. Auf diese Weise organisieren sie die Antworten, die sie bei anderen Menschen und bei sich selber hervorrufen. Dieses ist eine besonders interessante Phase des gewöhnlichen Spiels, die dem organisierten Spiel voraus geht und ‚Spiel von etwas‘ ist (s. MSS: 150; GIG: 192). Das Kind spielt z.B. Mutter, Krankenschwester, Verkäuferin, Polizist, Feuerwehrmann. Es übernimmt im Spiel die verschiedenen Rollen seiner Bezugspersonen, z.B. die der Mutter, der Schwester, des Vaters etc. Es spielt deren Rolle aus deren Perspektive, indem es sich bspw. zunächst als Mutter sieht, sich als diese anspricht und sich wie sie verhält, um in der Folge auf dieses Verhalten wiederum in seiner Rolle als Kind zu reagieren. In der Spielperiode schöpft das Kind seine eigenen Antworten auf diese verschiedenen Stimuli (z.B. Stimuli in Bezug auf Indianer, Mutter, Polizist, Krankenschwester, Arzt etc.) aus, und nutzt diese zum Aufbau seines Selbst. Die Antwort, zu der es neigt, organisiert die Antworten, auf die es reagiert. Es spielt bspw. die Mutter, die ihr Kind tröstet oder es ausschimpft usw. Hierbei reagiert das Kind auf die von ihm gespielte ‚Mutter‘ so wie es selbst auf die richtige Mutter reagiert. Das zieht wiederum eine Reaktion der vom ihm gespielten Mutter nach sich. Das Spiel der sich abwechselnden Rollen wird fortgesetzt bis es beendet ist. Auf diese Weise ahmt das Kind seine Mutter, d.h. ihre Haltungen, ihr Handeln und ihre Gefühle in unterschiedlichen Situationen nach und erprobt sich hierbei, indem es auf die von ihm selbst eingenommene Mutterrolle (verstanden als ein mehr oder weniger klar umschriebenes Handlungsmuster) mit entsprechenden Verhaltensweisen reagiert. Das Kind nimmt die Gruppe von Antworten seiner diversen Rollen und organisiert diese zu einem Ganzen. Dieses ist die einfachste Form, sich selbst gegenüber ‚ein Anderer zu sein‘. Es ist mit einer zeitlichen Situation verbunden. Das Kind sagt etwas in der einen Rolle und antwortet in einer anderen Rolle, und dann wird seine Antwort auf die andere Rolle ein Stimulus für es in Bezug auf die erste Rolle und so geht es weiter hin und her. So entsteht in ihm und dem Anderen, der auf das Kind antwortet eine organisierte Struktur, die das Gespräch der Gesten zwischen ihnen fortsetzt (GIG: 193; MSS: 150f). Anfänglich ist das Kind noch nicht in der Lage, mehr als eine Rolle zur Zeit zu spielen. Sein mögliches Handlungsspektrum ist auf einige wenige, ihm bekannte Rollen aus seinem sozialen Umfeld beschränkt (s. MSS, Lindesmith et al. 1999: 236, Abels 2006: 261ff, Joas 1992b: 253; Martin 2006).

Das Kind kann sein Verhalten nur dann als gut oder schlecht beurteilen, wenn es auf seine eigenen Handlungen mit den erinnerten Worten seiner Eltern reagiert. Bis dieser Vorgang zum abstrakten Denkprozess entwickelt worden ist, bleibt das Selbstbewusstsein dramatisch. Das Selbst, das aus der Fusion des erinnerten Spielers und seines begleitenden Chors entsteht, ist ziemlich locker organisiert und eindeutig sozialer Art (GA I: 246; Mead 1913: 377). Nach und nach wandelt sich die innere Bühne zu einem Forum und zu einer Gedankenwerkstatt, in der die einzelnen Charaktermerkmale und Betonungen der dramaturgischen Figuren verblassen und die Betonung zunehmend auf der Bedeutung des ‚inneren Gesprächs‘ liegt, wo Images/Bilder zu notwendigen Hinweisen werden (s. Mead 1913: 377f). Wie oben angedeutet, stehen die eigene und die fremde Rolle in einem Gespräch. Dies ermöglicht dem Kind, ein Gefühl oder eine Vorstellung von der Rolle des Anderen, aber auch von sich selbst zu gewinnen. Auf diese Weise spiegeln sich die Haltungen seiner Bezugspersonen und die der Gesellschaft im Selbst des Kindes wider⁴⁹. Das Kind schafft sich sein Selbst und seine Sicht auf die Welt durch die Spiegelung und durch die Verarbeitung der ihm entgegengebrachten Haltungen anderer Menschen und der Welt. Hierbei handelt es sich um einen aktiven Aneignungsprozess. Nach Wiley⁵⁰ (2003: 506f) kommt dieser Entwicklungsprozess einer ‚self-fulfilling prophecy‘ gleich, insofern die Eltern das Kind darin bestärken, den ‚Sprung in die soziale Welt‘ zu wagen und ihnen zu vertrauen.

Ein anderer für die Pflege wichtiger Aspekt des Spiels ist das Aufkommen des künstlerischen Impulses. Dieser Impuls des jungen Kindes bleibt im Gegensatz zum Erwachsenen völlig ohne den Impuls zum bewussten Selbst-

⁴⁹ Nach Martins (2005: 236) Interpretation Meads hat „die Subjektivität ihre Quelle in objektiven sozialen Interaktionen und sie wird durch diese Objektivität immer sowohl ermöglicht als auch eingeschränkt.“

⁵⁰ Wiley vergleicht in seinem Aufsatz u.a. Lacan mit Cooley, aber vor allem mit Mead.

ausdruck. Er besteht in unmittelbarem Handeln. Dieses ist zunächst ein größtenteils isoliertes Handeln, dessen Ergebnis keinen anhaltenden Wert hat. Der künstlerische Impuls des Kindes kann nach Mead nur gezielt weiterentwickelt werden, wenn die Beziehungen, die zwischen dem künstlerischen und den anderen kindlichen Impulsen bestehen, erkannt werden. Bei der Erziehung sollte die Betonung auf diese Beziehung gelegt werden, indem die unmittelbare Beziehung zwischen der künstlerischen Handlung und anderen kindlichen Handlungen durch das Anschaulichmachen des sog. geistigen Bildes aufgezeigt werden. Erst so kann das Produkt der künstlerischen Aktivität (z.B. ein Bild) im kindlichen Bewusstsein zu einem Stimulus für nachfolgende Aktivitäten werden und auf diese Weise das produktive Handeln kontrollieren. Dieses ist mit der künstlerischen Aktivität verbunden, nicht mit dem Produkt (s. Deegan 2001b: 6).

Die Bedeutung des Spiels für die Entwicklung allgemeiner, aber auch spezifischer Handlungskompetenzen kann offensichtlich nicht hoch genug angesetzt werden. Eine für die Pflege wichtige Kompetenz besteht in der Fähigkeit, Beziehungen herzustellen. Am Spiel illustriert Mead, wie das Kind über das Spiel lernt, seine zunächst losgelösten, isolierten Handlungen mittels objektiver Stimuli immer mehr mit den Lebensaktivitäten der Erwachsenen in Verbindung zu bringen, d.h. Beziehungen herzustellen. Über das Spiel und über den Gebrauch von Spielzeug (seine Hände, die Rassel, das Auto, die Puppe etc.) gewinnt das Kind immer mehr Kontrolle über sein eigenes Tun. Im Laufe der Zeit entwickelt sich das Interesse des Kindes, seine diversen Spielzeuge nur aus Freude zu benutzen, weiter bis zu dem Gefühl, dass damit eine wertvolle zu nutzende Technik bzw. Methode einhergeht. Aus dem Begreifen seiner Fähigkeit und der Position, die diese ihm verleiht, folgt das Erkennen sozialer Beziehungen, die das Begreifen ermöglichen. Das kindliche Gefühl der Zuneigung für seine Eltern oder Spielgefährten kann so lange nicht zur Entwicklung einer solchen Technik führen, bis es in der Technik die neue Beziehung fühlt, auf der diese gründet. Es ist uns unmöglich, emotional eine soziale Beziehung zu bewerten, solange nicht schon durch unser Handeln in unserem Bewusstsein eine Beziehung hergestellt worden ist. Das Gefühl folgt aus dem Erkennen bzw. Wiedererkennen einer Situation (Mead 2001b: 28). Keine noch so starke Betonung der Liebe zu seinen Eltern, von der das Kind abhängt, kann die Technik entwickeln, durch die der Mensch seinen unabhängigen Platz in der Gesellschaft einnimmt. Unsere Beziehungen zu anderen werden bestimmt durch das, was **wir tun** und **was wir können**. Die Impulse zur Entwicklung dieser Kapazitäten, müssen auf objektive Stimuli reagieren, die erstere hervorgerufen haben, und ihre Beziehung zu anderen Handlungen, die zusammengekommen schließlich die Techniken des voll entwickelten Menschen ausmachen, müssen erkannt werden, bevor wir die Emotionen fühlen können, die unsere Bewertungen dieser Handlungen sind. Das Gefühl folgt einer Handlung und nicht umgekehrt. Dies zeigt, dass uns unsere objektive Welt in Begriffen unserer Handlungen bekannt ist. Die notwendige Schlussfolgerung hieraus ist, dass wir die uns bekannte Welt durch das Finden von Stimuli um weitere Handlungsmöglichkeiten vergrößern. Nur so können wir den Wert der größeren Welt in unserem emotionalen Zustand erkennen. Mit anderen Worten: Wir müssen zuerst in einem gewissen Sinn die intellektuelle Bedeutung dessen spüren, was einen emotionalen Wert hat. Mead (2001b: 29) betont immer wieder, dass das Kind nach und nach lernen muss, Beziehungen herzustellen. Ein anderer Aspekt betrifft die kindliche Vorstellungskraft. Die scheinbar willkürlichen Bewegungen in der kindlichen Vorstellungskraft sind nichts anderes als der innere Ausdruck seiner isolierten Handlungen und sein instinktives Tasten nach Verbindungen zwischen ihnen, während das Gehirn und der Körper sich entwickeln. Hier kommt den Eltern und dem Kindergarten eine wichtige Rolle bei der Organisation der kindlichen Umwelt zu, indem sie diese entsprechend gestalten. Dieser Aspekt ist mit Blick auf die Gestaltung pflegerischer Situationen äußerst wichtig.

Bezogen auf die Entwicklung einer pflegerischen Handlungskompetenz ist das Spiel offensichtlich eine wichtige Handlungsform, da hier die Basis für die Entwicklung dieser Kompetenz gelegt wird. Deegan (2001b: lixf) verweist mit Blick auf die allgemeine Entwicklung des Kindes, dass Verspieltheit, Imitation und die vorbereitende Symbolisierung nicht nur erforderlich sind für die Entwicklung von Kindern, sondern auch für die Entwicklung der Eltern. Kinder sind erforderlich, um die elterliche Haltung in den Erwachsenen auszulösen. Ein Zyklus, der

diesen ‚Impuls‘ auslöst, wird in jedem Menschen angebahnt, wenn sie Kinder sind und weiterentwickelt, wenn sie Eltern werden. Wenn der Ursprung der Haltung, andere Menschen zu pflegen, anthropologisch in der Elternschaft⁵¹ zu finden ist, stellt sich die Frage, wie die pflegerische Kompetenz allgemein und in der Form eines Berufes zielgerichtet weiterentwickelt werden kann. Mead hatte hier offensichtlich für seine Zeit höchst fortschrittliche Ideen. Er war der Auffassung, dass Frauen genauso wie Männer einen Beruf ausüben sollten, dieses erfordere aber eine entsprechende Ausbildung. Für ihn war die traditionelle Mutterschaft für eine ‚Berufung‘ (calling) nicht ausreichend, denn außerhalb des Hauses sollten Frauen die wissenschaftliche Methode und ihre Intelligenz anwenden (s. Deegan 2001b: lxi). Im Klartext heißt dies, dass die allgemein bei jedem Menschen vorhandene pflegerische Kompetenz weiter ausgebildet bzw. differenziert werden muss, wenn diese Fähigkeit zu einem Beruf bzw. zu einer Profession gemacht wird.

Zusammenfassend gesagt, handelt es sich beim Spiel um eine grundlegende Handlungsform, die besonders in der Kindheit wichtig ist. Das Spiel hat eine bestimmende Funktion für das Verhalten des Kindes, insofern es mehr als eine Phase in der Entwicklung des Selbst ist. Es handelt sich hierbei um eine organisierte, identifizierbare menschliche Aktivität, die in der Kindheit ihren Anfang nimmt und das ganze Leben über benötigt wird. Seine lebenswichtige Rolle für das Kind besteht in den einleitenden Verbindungen zwischen Gefühlen und Haltungen in Bezug auf die Gesellschaft und die Ästhetik. Über das Spiel wird es möglich, Symbole in Bedeutung/Sinn und in Handeln zu transformieren. Es hilft, die Sinne zu trainieren sowie die rationale Fähigkeit, zwischen Handeln und Ideen zu unterscheiden. Für die Bildung von Kindern ist das Spiel wesentlich. Der Prozess des Spiels liegt im biologischen Wesen des Kindes (Deegan 2001b: lvi). Mead (2001b: 33ff) unterscheidet drei allgemeine menschliche Aktivitäten: Arbeit, Kunst und Spiel. Diese drei wichtigen sozialen Handlungsformen umfassen den Kontext für Bedeutung/Sinn und Sein. Jede von ihnen hat eine andere Beziehung zu Mitteln und Zielen. Während Arbeit auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet ist und die Mittel ausschließlich hierauf bezogen ausgewählt werden, wird bei der Kunst die Kontrolle der Arbeit und Mittelauswahl nicht über ein exaktes Ziel gesteuert, sondern mehr über die Harmonie der Mittel in ihrer Beziehung zueinander. Das Spiel hingegen ist spontan. Es entsteht weder aus Mitteln noch aus Zielen und unterscheidet sich von der Arbeit und der Kunst aufgrund seines Mangels an Perfektion der Bewegungen und der Haltungen, d.h. der Technik. Im menschlichen Leben gibt es in allen Bemühungen Punkte an denen die Arbeit oder die Kunst zum Spiel wird (s. Mead 2001b: 34). Das Spiel ermöglicht dem Kind, Intelligenz und vokale Gesten zu erzeugen sowie seine Emotionen zu entwickeln. Durch die ansteigende komplexe Organisation losgelöster Handlungen, können Gefühle geordnet werden und sich zu immer sinnvolleren und multidimensionalen entwickeln. Indem Mead die Verbindung zwischen einer Handlung und einer Emotion in seiner Theorie des Spiels explizit machte, integrierte er seine Ideen zu Emotionen und Handlungen in seinen größeren Gedankenkorpus (Deegan 2001b: lvii).

Ganz allgemein sollte es die Pflicht der Erwachsenen sein, dem Kind die entsprechenden Entfaltungsmöglichkeiten zu bieten. Als Teil der Unterstützung und der Entwicklung des sozialen Wesens des noch abhängigen Kindes sollten sie dafür sorgen, dass die erforderliche Pflege und der Schutz für das kontinuierliche Wachstum des Kindes vorhanden ist. Weiter sollten die Stimuli nicht fehlen, die auf die sich entwickelnde Koordination des Zentralnervensystems antworten und eine spontane Übung dieser Funktionen auslösen⁵². Beim Erwerb und der Ent-

⁵¹ Im Zentrum der Dissertation von Silvia Käppeli (2004) steht die Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege. Ausgangspunkt ist das Leiden von kranken Menschen und das Mit-Leiden von Pflegenden. Käppeli unterstellt die biologische Notwendigkeit der Pflege kranker Menschen. Pflege ist aber mehr. Da jeder Mensch ein erlebendes emotionales geistiges Wesen ist, wurde die Pflege immer aus einer bestimmten geistigen Haltung heraus gestaltet. Käppeli geht der Begriffsbedeutung von Mit-Leiden in verschiedenen historischen Quellen der Spätantike (hebräische und griechische) nach. In einem weiteren Schritt untersucht sie, wie das religiöse Motiv vom mit-leidenden Gott und vom Mit-Leiden im 19. und 20. Jahrhundert im deutschsprachigen Raum (ebenda: 283ff) sowie in der akademischen Krankenpflege in Nordamerika rezipiert wird. Hierbei fokussiert sie ihre Untersuchung auf Begriffe wie *compassion*, *caring*, *empathy* und *sympathy* (s. Käppeli 2004: 314ff), die in der amerikanischen Pflegewissenschaft eine zentrale Rolle spielen.

⁵² Wir achten bspw. darauf, wenn ein Kind das Gehen erlernt, dass genügend Stühle oder andere Gegenstände da sind, an denen sich das Kind hochziehen oder entlang hangeln kann.

wicklung von Kompetenzen stellt sich die Frage nach den angemessenen Stimuli. Diese ist auch in der Pflege zentral, wenn es darum geht, Fähigkeiten des pflegebedürftigen Patienten zu erhalten bzw. wieder zu gewinnen. Wird die Formulierung Meads, wonach es leichter ist, ein Kind zu drillen als es zu erziehen, auf die Pflege bezogen, dann lautet diese: es ist einfacher, etwas selber zu tun, als es den zu Pflegenden selbst tun zu lassen (s. Mead 2001b: 39). Die heutige, an Maschinen orientierte Idee von Produktivität, mit immer weniger Mitteln immer mehr zu schaffen, erweist sich für die Pflege als völlig unbrauchbar, da je weniger Personal vorhanden ist, die Gefahr tendenziell steigt, menschliche Fähigkeiten eher zu vernichten als sie zu erhalten. Sie blendet den kooperativen Charakter pflegerischen Handelns ebenso aus, wie den Umstand, dass der zu pflegende Mensch kein Stück Metall, sondern ein reaktions-, gefühls- und sprachfähiges Wesen ist.

Andere von der *organisierten Spielform* zu unterscheidende Formen sind *Mythen* und *religiöse Rituale*. Hierbei handelt es sich nicht um Alltagshandeln. Mythen und Rituale verweisen auf die Haltungen der Menschen gegenüber den sie umgebenden Kräften oder der Natur, von der sie abhängig sind. In ihrer Haltung gegenüber einer vagen und unbestimmten Natur zeigen sie viel frühere Antworten. Diese finden ihren Ausdruck in der Übernahme der Rolle des Anderen, in der spielerischen Darstellung von Göttern und Heroen. Mittels bestimmter Riten versuchen die Menschen, spielerisch auszudrücken, was, wie sie glauben, diese Figuren tun würden. Dieser Prozess entwickelt sich zu mehr oder weniger fest umrissenen Techniken und ist ein kontrollierter. Nach Mead (GIG: 195; MSS: 153) gleicht dieser Prozess Situationen, in denen Kinder Eltern spielen etc., vage Persönlichkeiten, die um sie herum sind, die sie beeinflussen und von denen sie abhängig sind. Das sind die Persönlichkeiten, die sie einnehmen, deren Rollen sie spielen und die insofern ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung kontrollieren.

Im Gegensatz zum Spiel muss das Kind beim *organisierten Spiel* in der Lage sein, alle Haltungen der im Spiel involvierten Personen zu übernehmen. Das organisierte Spiel oder auch Gruppenspiel wird – wie oben erwähnt – auch als Interaktionsphase bezeichnet. In diesem Spiel identifiziert sich das Kind nicht nur mit der Rolle eines Einzelnen, sondern mit den Rollen der verschiedenen Gruppenmitglieder. Am Beispiel des Baseballspiels zeigt Mead, dass das, was das Kind in diesem Spiel tut, von den Rollen aller Anderen bestimmt wird, zumindest insofern deren Haltungen seine eigenen bestimmten Antworten beeinflussen. Wir erhalten dann einen ‚Anderen‘, der die Organisation der Haltungen aller im gleichen Prozess involvierten Menschen ist. In der Phase des Gruppenspiels bildet das Kind seine kommunikativen Fähigkeiten weiter aus. Es lernt die Sprache in ihren unterschiedlichen (verbalen, nonverbalen) Formen sowie die vielfältigen Ausdrucksweisen des Menschen, seine Gefühle und Emotionen sowie seine Handlungsweisen kennen und lernt, sich in diesem Prozess auf andere in einer Form zu beziehen, die von seinen Bezugspersonen akzeptiert wird.

Im Gruppenspiel muss das Kind nicht nur eine, sondern mehrere Rollen gleichzeitig präsent haben, wenn es sich erfolgreich beteiligen will. Auf diese Weise lernt es, dass die Rollen der beteiligten Kinder in einer bestimmten Beziehung zueinander stehen, die in den Spielregeln zum Ausdruck kommt. Diese Regeln oder auch verschiedenen Rollen muss das Kind kennen und beherrschen lernen. Im Gruppenspiel erfährt es, dass und wie es von anderen abhängig ist und dass und wie sich sein Handeln auf andere auswirkt. Während des Gruppenspiels muss das Kind die verschiedenen Rollen vor seinem inneren Auge haben. Es muss sie organisieren, damit es die Rollen der anderen übernehmen kann. In dieser Phase der Rollenübernahme ist es jedoch noch nicht in der Lage, die Rollen zu einem konsistenten Ganzen zusammenzufügen. Dies erfolgt erst in der nächsten Entwicklungsphase, die mit dem Begriff des ‚generalisierten Anderen‘ charakterisiert wird. Der Übergang zu dieser Phase ist fließend. Mit Blick auf die Entstehung des ‚generalisierten Anderen‘ muss die soziale Welt, in die Kinder hineingeboren werden, betrachtet werden. Diese ist angefüllt mit Personen, die zu ihren signifikanten Bezugspersonen werden und die Einfluss auf sie selbst und auf ihr Verhalten bzw. Handeln nehmen. Lindesmith et al. (1999: 264f) unterscheiden sechs Klassen von Kategorien signifikanter Anderer:

1. Soziolegale wie Eltern, Verwandte
2. Sozio-Andere, dies sind Menschen aus dem familiären Freundeskreis und aus dem sozialen Netzwerk der Familie
3. Co-equal or compeer, d.h. Kinder, Spielgefährten und Kinder aus der Nachbarschaft und Schule
4. Experten der Kinderversorgung/-betreuung
5. Mediale Andere wie z.B. Harry Potter
6. Andere öffentliche Plätze, das sind solche Personen, auf die das Kind und seine Betreuungspersonen im öffentlichen Raum stoßen wie Feuerwehrmänner, VerkäuferInnen, Fremde auf den Straßen, in Geschäften etc.

Mit zunehmender Entwicklung wird die anfänglich einfache und begrenzte Rollenübernahme des Kindes erweitert. Je nach Aktionskreis des Kindes und Anzahl der Rollen bzw. Perspektiven, mit denen es konfrontiert wird, wird der Prozess der Rollenübernahme größer und komplizierter (s. Lindesmith et al. 1999: 267).

3.2.2.3 ZUR ROLLE DES ‚GENERALISIERTEN ANDEREN‘, DER REFERENZGRUPPE ODER SOZIALER WELTEN FÜR DAS HANDELN

Mead bezeichnet die organisierte Gemeinschaft oder soziale Gruppe, die dem Menschen seine Einheit des Selbst gibt, als den ‚generalisierten Anderen‘. Dessen Haltungen sind die der gesamten Gesellschaft. In dieser auch als partizipatorische Phase bezeichneten Entwicklungsphase, besteht die zu erbringende Leistung des heranwachsenden Menschen darin, die verschiedenen Rollen zu einem Ganzen zusammenzubringen. Dazu muss er imstande sein, vom Handeln einzelner abzusehen, und sich stattdessen die Prinzipien oder Regeln vergegenwärtigen, auf denen ihr Handeln basiert. Die jedem Handeln zugrunde liegenden Handlungsprinzipien richten sich am ‚generalisierten Anderen‘ aus. In diesem Begriff werden die Erfahrungen des Einzelnen mit anderen Menschen (mit seinen Bezugspersonen, seiner sozialen Umwelt usw.) zu einer Einheit zusammengefasst. Der Begriff des ‚generalisierten Anderen‘ beschreibt das Bild, welches in einer Gesellschaft von einer Rolle (z.B. LehrerIn, SchülerIn, Gesundheits- und KrankenpflegerIn, Patient) oder von einem bestimmten sozialen Zusammenhang, einer sozialen Situation (Unterrichtsstunde, Körperpflege, Visite etc.) vorherrscht (s. Abels 2006: 265f). In dieser Phase lernt der heranwachsende Mensch, zunehmend von der konkreten Situation zu abstrahieren und sich selbst aus der Sicht der Anderen zu sehen - und zwar sowohl in moralischer wie in symbolischer Form. In der partizipatorischen Phase eignet sich der heranwachsende Mensch die Prinzipien, Normen und Werte an, die dem menschlichen Handeln in einer Gesellschaft zugrunde liegen. Diese Aneignung ist mehr als die schlichte Übernahme der Haltungen anderer gegenüber sich selbst oder untereinander im Rahmen einer sozialen Aktivität (s. MSS: 152ff; GIG: 194ff, Lindensmith et al. 1999: 236, Abels 2006).

Nach Aboulafia (1993: 150, 2001: 13) benötigen wir einen ‚generalisierten Anderen‘, um zu einem Selbst zu finden. Dieser ‚generalisierte Andere‘ entsteht, wenn wir die Erwartungen einer organisierten Gruppe internalisiert haben. Gruppen dieser Art können als Systeme gedacht werden. Erst wenn wir in der Lage sind, uns als Teil dieser Gruppen zu sehen, d.h. wenn wir dies tun, entsteht ein Selbst, das mit diesen Gruppen korrespondiert, etwa mit der Familie, dem Freundeskreis, dem Sportverein, dem Arbeitsteam, der politischen Partei etc. Die Integration der verschiedenen Haltungen der sozialen Gruppe bzw. der Gesellschaft in das eigene Handeln und in den eigenen Erfahrungsbereich ist die wesentliche Basis und Voraussetzung für eine vollständige (vollumfängliche) Ausbildung des Selbst (s. MSS: 155; GIG: 197). Der Mensch ist nicht nur in einem Kontext handelnd tätig, sondern er engagiert sich in unterschiedlichen Kontexten (Familie, Beruf, Freundkreis, Berufsverband, Bürgerinitiative etc.). Durch unser Handeln in den diversen Kontexten gelangen wir zu einem System von Antworten, das die verschiedenen eingenommenen Rollen vereint. Wenn wir unsere Antworten aus der Sicht dieser vereinten Gruppe sehen, dann haben wir die Position des ‚generalisierten Anderen‘ übernommen. Indem wir diese Position übernehmen, werden wir uns der Einheit unseres Handelns bewusst, d.h. wir werden uns bewusst, ein Selbst zu haben⁵³ (Aboulafia 2001: 14).

⁵³ Dies bedeutet nicht, dass wir uns immer unmittelbar bewusst sind, ein Selbst zu haben, wenn wir in einer Gruppe handeln. Für Mead ist ein großer Teil unseres Handelns nicht reflexiv, sondern gewohnheitsbedingt.

In der Gestalt des ‚generalisierten Anderen‘ beeinflussen soziale Prozesse das Verhalten der involvierten Menschen und deren Ausführung. Die Gesellschaft übt über das Verhalten ihrer einzelnen Mitglieder Kontrolle aus. In dieser Form treten der soziale Prozess oder die Gesellschaft als bestimmender Faktor in das Denken des Menschen ein. Beim abstrakten Denken übernimmt der Einzelne die Haltung des generalisierten Anderen in Bezug auf sich selbst, ohne Bezug auf die Ausdrucksformen irgendeines bestimmten anderen Menschen zu nehmen. Im konkreten Denken übernimmt er die Haltung nur insoweit, als diese in den Ausdrucksweisen der in einer gegebenen sozialen Situation oder an einer Handlung beteiligten Menschen zum Tragen kommt. Der einzelne Mensch kann nur durch die Übernahme der Haltung des generalisierten Anderen in der einen oder anderen Weise in Bezug auf sich selbst überhaupt denken. Das Denken - oder eine internalisierte symbolvermittelte Kommunikation, die das Denken konstituiert -, kann so überhaupt erst entstehen (MSS: 155f; GIG: 198).

Nach Lindesmith et al. (1999: 268) bezieht sich der Begriff des ‚generalisierten Anderen‘ nicht auf eine aktuelle Gruppe von Menschen, sondern mehr auf eine Vorstellung oder auf eine Interpretation, die ein Mensch aus seinen Erfahrungen ableitet. Er reguliert sein eigenes Handeln in Hinblick auf diese unterstellten Meinungen und Haltungen der Anderen. An anderer Stelle heben Lindesmith et al. mit Blick auf das moralische Handeln hervor, dass es sich beim ‚generalisierten Anderen‘ um erlernte Vorstellungen handelt, die zwei wichtige Implikationen haben:

1. Kinder erwerben moralische Sichtweisen nicht automatisch oder mechanisch
2. Menschen verfügen, auch wenn sie zur gleichen Gruppe gehören, nicht über identische verallgemeinerte Andere (Lindesmith et al. 1999: 269f).

Der Begriff des ‚generalisierten Anderen‘ ist sowohl kritisiert als auch erweitert worden. Lindesmith et al. (1999: 270) verweisen auf den von Lonnie Athen eingeführten Begriff des ‚phantom others‘. Auf diesen beziehen sich Kinder wie Erwachsene im Selbstgespräch, das sie ständig mit sich führen. Der Einfluss dieser ‚phantom others‘ auf die Entwicklung des Selbst ist vergleichbar mit dem von in einer Situation real anwesenden Menschen.

Um die Bedeutung des ‚generalisierten Anderen‘ in Bezug auf die Fähigkeit zur Rollenübernahme zu verstehen, ist es sinnvoll, dieses Konzept im Kontext der verschiedenen sozialen Gruppen zu betrachten, mit denen ein Mensch in seinem Leben konfrontiert wird. Unter Bezugnahme auf Tamotsu Shibutani spricht Charon (2001: 77) aus der Perspektive der Entwicklung von der Phase der Bezugs- bzw. Referenzgruppe. In dieser Phase kommt der Mensch mit unterschiedlichen sozialen Gruppen in Berührung. Er oder sie teilt die Perspektiven einer jeden Gruppe, einschließlich der Perspektive, die benutzt wird, um sich selbst innerhalb dieser Gruppen zu bestimmen. Charon zufolge muss der Einzelne zumindest zeitweise die Sichtweise der sozialen Gruppe übernehmen, um in ihr erfolgreich handeln zu können. Lindesmith et al. (1999), aber auch Strauss (1993) sprechen in diesem Zusammenhang von sozialen Welten⁵⁴. Hierunter versteht letzterer im Sinne einer Arbeitsdefinition

„Gruppen mit geteiltem Engagement für bestimmte Aktivitäten, die Ressourcen vielfältigster unterschiedlichster Art miteinander teilen, um ihre Ziele zu erreichen, und die eine gemeinsam geteilte Ideologie darüber ausbilden, wie sie ihr Geschäft betreiben“ (Clarke, zitiert in Strauss 1993: 212)

⁵⁴ Strauss greift das Konzept ‚soziale Welten‘ von Tamotsu Shibutani (1955) auf. Dieser hatte das Konzept der Referenzgruppe in Richtung soziale Welten/Arenen weiter ausgearbeitet (Strauss 1993, s. Strübing 2005:170ff, 2007: 73ff). Das Konzept der Referenzgruppen wurde nach Shibutani zum damaligen Zeitpunkt in der Wissenschaft auf dreierlei Weise genutzt: 1) es dient dem Vergleichen oder Kontrastieren, 2) es verweist auf eine Gruppe, zu der ein Mensch hinstrebt und deren Anerkennung er gewinnen oder aufrechterhalten möchte und 3) es sind damit Gruppen gemeint, deren Perspektiven vom Handelnden übernommen werden. Shibutani verfolgte den dritten Ansatz, der von verschiedenen Vertretern des Pragmatismus ausgearbeitet worden war wie von William I. Thomas oder von George H. Mead mit dem Konzept der **Rollen- bzw. Perspektivenübernahme**. Bei der Weiterentwicklung dieses Konzepts ist Strauss (1993: 210) stark von Meads Vorstellung der unendlichen Bildung von Diskursuniversen beeinflusst. Ihn interessiert aus der von Mead übernommenen Entwicklungsperspektive insbesondere die Entstehung, Entwicklung, Absplittierung, Desintegration, das ‚an einem Strang Ziehen‘ und das Abfallen von Segmenten, um neue Gruppen zu bilden. Ein anderes Konzept in diesem Zusammenhang ist das der Arena.

Soziale Welten können wiederum aus diversen Subwelten bestehen (s. Strauss 1982, 1993). An dieser Stelle sollen nur stichwortartig einige für die Pflege wichtige Aspekte aufgegriffen werden. Soziale Welten zeichnen sich durch ihre Eigenschaften aus. Zu den wichtigsten zählt Strauss (1993: 213) die Größe, Dauer, Herkunft, Geschichte, den Grad des Wandels, Art und Menge der Ressourcen, Beziehungen zu Technologie und zum Staat. Soziale Welten können zudem - und das ist mit Blick auf die Pflege wichtig - auf Gender und soziale Klassen bezogen werden. Sie können mehr oder weniger sichtbar für Dritte sein. Sie können unter räumlichen Gesichtspunkten betrachtet werden, d.h., wo sie anzutreffen sind, welchen Raum sie einnehmen. Ein anderer, für die Pflege wichtiger Aspekt besteht darin, dass die Grenzen sozialer Welten nicht fix, sondern *„fließend“* sind. Hier soll der Hinweis genügen, dass diese Grenzen häufig Gegenstand intra- wie interprofessioneller Auseinandersetzungen sind.

Mit Blick auf die Entwicklung pflegerischer Handlungskompetenzen in den diversen Referenzgruppen bzw. sozialen Welten ist ein von Aboulafia (2001: 20) hervorgehobener Aspekt bei Mead wichtig. Hiernach gehören wir alle zu kleinen Cliquen, in denen wir einfach bleiben können. Die Folge ist, dass der ‚generalisierte Andere‘ oder je nach Gruppenzugehörigkeit die ‚generalisierten Anderen‘, die dann in uns präsent sind, eine Gemeinschaft mit einem begrenzten Durchmesser sind⁵⁵. Mead plädierte dafür, dass jeder Mensch Zugang zu größeren Gemeinschaften haben sollte. Das Verwehren eines solchen Zugangs, käme einer Blockade der Realisierung der eigenen Potenziale gleich, d.h. eines Selbst, dass man werden könnte. Ein solches Verhalten stellte eine Behinderung der Persönlichkeitsentwicklung dar (s. Aboulafia 1993: 154). Aboulafia (2001: 21) betont, dass wir ‚generalisierte Andere‘ haben können, die mit komplexen ethischen oder politischen Systemen der Interaktion korrespondieren. Mead problematisierte die zu seiner Zeit vorherrschende Doktrin der ‚getrennten Sphären‘, die Frauen in erster Linie auf das Haus beschränkte bzw. in der Berufswelt auf begrenzte Tätigkeitsfelder. Er setzte sich für ihre Rechte ein. Er war ein Wanderer zwischen diesen Welten (s. auch Deegan 1988, 2001b, 2008, Aboulafia 1993: 152).

Für Mead führt eine größere Sozialisation zu einer stärkeren Individuation. In diesem Kontext macht Aboulafia (2001: 22) darauf aufmerksam, dass

„wir uns als selbstbewusste, perspektivisch orientierte Wesen nicht nur der Selbst bewusst werden, die wir in Hinblick auf ‚generalisierte Andere‘ erfahren, sondern auch der Grenzen und der Mängel, an denen wir in Bezug auf gegenwärtige historische Möglichkeiten leiden. So können jene sich in Hinblick auf das definieren, was sie wahrnehmen, was ihnen verweigert wurde oder was abwesend ist. Und diese Wahrnehmungen können eine gewisse Art von Persönlichkeit unterstützen, eine, die Ausschau danach hält, was sie werden könnte“.

Und weiter heißt es:

„Indem das Abwesende gegenwärtig gemacht wird, wird Solidarität mit Gleichgesinnten durch ein Bewusstsein der geteilten Deprivation möglich.“

Die Funktion des ‚generalisierte Anderen‘ sieht Aboulafia (2001: 25) darin, dass er unsere Erfahrungen in Bezug auf Gruppen ordnet und wir uns unserer selbst in Hinblick auf diese Gruppen bewusst werden. Meads Vorstellung einer entwickelten demokratischen Gesellschaft war die einer inklusiven. Nur eine solche Gesellschaft ist in der Lage, auf immer höheren Ebenen der Abstraktion zu handeln (Aboulafia 1993: 154, s. auch Carreira da Silva 2008). Die Doktrin der ‚getrennten Sphären‘ bedroht die von Mead als wichtig erachtete Partizipation aller gesellschaftlichen Mitglieder an gesellschaftlichen Unterfangen. Nur mittels Partizipation lassen sich die Potenziale der einzelnen Menschen aktualisieren und einlösen (Aboulafia 1993: 155). Der Umstand, dass wir mit Gruppen und Perspektiven umgehen, eliminiert für Mead nicht die Möglichkeit einer Art von Universalismus. Sym-

⁵⁵ Aboulafia (1993, 2001) diskutiert die Vorstellungen Meads anhand eines Briefes an seine Schwiegertochter. Sie hatte ihn um Rat gebeten, ob sie trotz eines Kindes Medizin studieren sollte. Mead hat sie in ihrer Idee, Medizin zu studieren, im Sinne einer Erweiterung ihres Horizonts und ihrer Fähigkeiten aktiv unterstützt.

bole werden zu Allgemeinbegriffen, weil sie geteilt werden können, aber sie müssen nicht von allen geteilt werden, um Allgemeinbegriffe zu sein. Gemeinschaften definieren sich durch ihre gemeinsame Stimme, die Stimme eines verallgemeinerten Anderen (Aboulafia 2001: 26).

3.2.2.4 WEITERENTWICKLUNG DER FÄHIGKEIT ZUR ROLLENÜBERNAHME:

Die Fähigkeit zur Rollenübernahme beschreibt somit eine grundlegende Fähigkeit, auf der die menschliche Interaktion und Kooperation beruht und mittels derer der Mensch zu seinem Selbst findet. Die Fähigkeit zur Rollenübernahme drückt im wahrsten Sinne des Wortes die Sozialität des Menschen aus und begründet seine spezifische Fähigkeit, mehrere Dinge zur gleichen Zeit zu sein (s. McCarthy 1984: 108; Tillman 1970: 542ff, Gillespie 2005, Martin 2005, 2006). Der Prozess der Rollenübernahme dient der Verhaltensorientierung, er ist die Vorwegnahme eines situationsspezifischen Verhaltens. Er ist tentativ und sagt noch nichts über das tatsächliche Handeln in einer Situation aus. Er ist aber ein notwendiger Bestandteil des menschlichen Handelns (s. Joas 1992b: 252), dessen erste, unmittelbare Wirkung in der Kontrolle liegt, die der Einzelne über seine eigenen Reaktionen erlangt (s. MSS: 254; GIG: 301). Der Begriff der Rolle beschreibt die Tendenz des Menschen, sich so zu verhalten, als ob es festgelegte Rollen gäbe. Er beschreibt mehr oder weniger klar umrissene Handlungsmuster. Im täglichen Handeln, z.B. in einer pflegerischen Situation, sind die Handelnden gezwungen, die jeweilige Handlungssituation zu definieren. Sie müssen ihr Handeln aneinander ausrichten, es koordinieren und aufeinander abstimmen, was mit Hilfe der wechselseitigen Zuweisung von Rollen⁵⁶ bzw. von Handlungsmustern geschieht⁵⁷. Diese Rollen zeigen recht unterschiedliche Grade von Konkretheit und Beständigkeit, auch wenn wir im täglichen Handeln vom Vorhandensein fester Rollen ausgehen. In diesem Prozess geht es nicht nur um die Übernahme von Rollen, sondern auch um deren Konstruktion und aktive Ausgestaltung (vgl. Turner 1977:116f). Der Begriff der Rolle⁵⁸ wird von Mead nach Joas (1992b: 252)

„ursprünglich in einem Modell praktischer Verständigung und kollektiver Selbstbestimmung eingeführt. Er bezeichnet zunächst die Verhaltenserwartung an den Interaktionspartner; Rollenübernahme, d.h. „taking the role of the other“ ist die Antizipation des situationsspezifischen Verhaltens des Anderen“.

Turner (1955/56: 318) hat sich mit unterschiedlichen Formen der Rollenübernahme befasst, deren kritischer Unterschied sich um die Art und Weise dreht, in der die Selbst-Andere-Beziehung dem Einzelnen eine Richtlinie für die Formulierung bietet, wie sein eigenes Verhalten sein sollte. Er betrachtet die Selbst-Andere-Beziehung als einen Aspekt des gesamten sozialen Handelns. Er interessierte sich dafür, wie der Modus des Schlussfolgerns auf die Rolle des Anderen das Inkraftsetzen der Selbst-Rolle formt, und dafür, wie die zugewiesene Anderen-Rolle in Beziehung gesetzt wird zur Wahl und dem Inkraftsetzen der Selbst-Rolle. Da dieser Aspekt für das pflegerische Handeln nicht unwichtig ist, soll kurz darauf eingegangen werden. Turner (1955/56: 318ff) hebt zwei Hauptachsen für die Unterscheidung von Typen von Beziehungen hervor, bei denen das Selbst über Andere bestimmt wird (*other-determining-self relationships*):

1. der Standpunkt, der im Prozess der Übernahme der Rolle des Anderen eingenommen wird
2. die reflexive und nicht reflexive Rollenübernahme.

Was den Standpunkt betrifft, so kann ein Mensch, der sich in die Position eines anderen versetzt und die Rolle des Anderen phantasievoll konstruiert, dieses von drei verschiedenen allgemeinen Standpunkten her tun:

1. Er kann, muss aber nicht den Standpunkt des Anderen als seinen eigenen annehmen. Beinhaltet die Rollenübernahme dies, dann ist der Prozess der Rollenübernahme unwillkürlich (automatisch) bestimmend für das Handeln. Die Rollenübernahme erlaubt sowohl die Manipulation des Anderen als auch, sich auf ihn (adjustment) einzustellen bzw. sich ihm anzupassen.

⁵⁶ Turner (1977: 116) versteht den Begriff Rolle als eine Art Idealisierung, die uns zwingt, jede Handlungssituation in mehr oder weniger explizite Bündel interagierender Rollen zu transformieren.

⁵⁷ Martin (2006: 67) spricht statt von Rollen von Perspektiven, ein Begriff den Mead in späteren Arbeiten häufiger benutzt. Unter einer Perspektive ist eine Orientierung auf eine Umwelt zu verstehen, die mit dem Handeln in dieser Umwelt verbunden ist.

⁵⁸ Joas (1992b: 259) nennt das Werk von Mead als wichtigste Quelle für die Entwicklung und Entstehung der Rollentheorie. Er gibt in seinem Aufsatz einen Überblick über wichtige Entwicklungen.

2. Die Rolle des Anderen kann als ein Objekt bzw. Gegenstand betrachtet werden und zwar vom Standpunkt eines personalisierten Dritten oder einer depersonalisierten Norm.
3. Die Rolle des relevanten Anderen kann vom Standpunkt seiner Wirkung in der Interaktion in Bezug auf das mögliche eigene Verhalten betrachtet werden, die zum individuellen oder gemeinsam geteilten Zweck beiträgt (Turner 1955/56: 321).

Der Standpunkt, den der Handelnde bei der Rollenübernahme einnimmt, kann sich im Verlauf einer einzelnen Handlung ändern, oder er kann das Leben mit alternativen Standpunkten schwermachen. Die Art, wie die imaginierte Rolle des Anderen das Verhalten des Handelnden bestimmt, wird je nach Standpunkt verschieden sein.

Was nun die andere Achse der ‚other-determining-self relationship‘ betrifft, die der Reflexivität im Prozess der Rollenübernahme, so kann diese reflexiv bzw. nichtreflexiv sein (Turner 1955/56: S. 321). Von einer reflexiven Rollenübernahme kann gesprochen werden, wenn die Rolle des Anderen als Spiegel benutzt wird, in dem die Erwartungen oder Bewertungen des Selbst aus der Rolle des Anderen gesehen werden. In einer aktuellen Situation muss der Handelnde bestimmen, wie er seine Rolle spielen soll. Hierbei bestimmen die Anforderungen an diese Rolle, welche Aspekte der Anderen-Rolle hervorgehoben werden. In diesem Zusammenhang kann eine der wichtigsten Unterscheidungen unter den Anderen-Haltungen darin bestehen, welche davon Erwartungen oder Bewertungen oder Images in Bezug auf das Selbst sind und welche nicht. Nach Turner (1955/56: 322) ist die Rollenübernahme reflexiv, wenn sich die Aufmerksamkeit des Rollenübernehmers auf die Art richtet, wie er Anderen erscheint. Reflexivität hängt mit dem zusammen, was wir als Selbstbewusstsein bezeichnen. Bei der reflexiven Rollenübernahme betrachtet der Mensch nicht nur die Wirkung seiner Handlung oder ihre Kompatibilität mit gewissen Standards oder Regeln, sondern er sieht sich selbst als Objekt der Bewertung durch andere. So hat er die Möglichkeit, seiner Konzeption vom eigenen Verhalten eine zusätzliche Perspektive hinzuzufügen. Anhand der Kriterien der Reflexivität und des Standpunkts, die miteinander kombiniert werden, können die verschiedenen Arten beschrieben werden, in der die Selbst-Andere-Beziehung⁵⁹ das Handeln bestimmen kann.

Nach Joas (1992b: 266) ermöglicht der von Turner eingeführte Begriff des ‚role standpoints‘, eine klarere Unterscheidung zwischen kognitiver Rollenübernahme und einer Identifikation mit den Identitäten und Intentionen der beteiligten Handlungspartner. Noch wichtiger aber sei Turners Begriff des ‚role-making‘ (s. Turner 1977: 117). Letzterer meint vornehmlich die aktive Selbstdefinition sozialer Beziehungen durch die wechselseitige Abarbeitung aneinander gerichteter Ansprüche und Erwartungen. Diese Situation einer interaktiven Entstehung gemeinsamer Bedeutungen und einer in sich flexiblen und prozesshaften Interaktion ist für Turner wie für Mead nicht ein problematischer Grenzfall äußerster Instabilität, sondern das Kennzeichen alltäglicher Interaktionen, das auch den formalisertesten und hochgradig institutionalisierten Organisationen nicht völlig abgeht (s. hierzu auch Krappmann 2005: 117f). Soziale Beziehungen sind nicht als endgültig stabilisierte Erwartungsmuster, Rollenhandeln ist nicht als bloße Umsetzung von Vorschriften zu denken; vielmehr fordern die Definition der Beziehung und die Entwicklung eines Handlungsplans selbst aktive und kreative Leistungen der Interpretation und des Entwurfs. Dies ist wichtig in Bezug auf die Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft und in Bezug auf

⁵⁹ Turner (1955/56: 319ff) untersucht den Prozess der Rollenübernahme aus der Sicht der drei genannten Standpunkte in Bezug auf ihre nonreflexive und reflexive Form:

1. Der Standpunkt der other-role wird übernommen: der Andere dient als Modell oder Standard.
2. Im Gegensatz dazu kann der Wunsch, den Erwartungen der Anderen zu entsprechen bzw. in ihren Augen positiv/günstig zu erscheinen, das Selbstverhalten in Richtung Konformität mit den Anderen formen.
3. Der Standpunkt eines Dritten oder einer Norm wird nichtreflexiv übernommen.
4. Die Rollenübernahme vom Standpunkt eines Dritten aus ist reflexiv. Hat sich der Standpunkt des Dritten stabilisiert und verallgemeinert, dann wird er zu einem ziemlich konsistenten Standpunkt des Individuums und wird in der reflexiven Rollenübernahme als ein voll und ganz entwickeltes Selbstkonzept oder Selbst-Image wirksam.
5. Wenn Rollenübernahme vom Standpunkt der interaktiven Wirkungen auftritt, wird es reflexiv, wenn das reflektierte Selbst-Image vom Handelnden als Mittel der Zielerreichung manipuliert wird. Ist hingegen der Handelnde wie beim viel zitierten Meadschen Baseballspiel mit den Haltungen der Anderen in Bezug auf das Spiel befasst, dann haben wir es mit einer nichtreflexiven Rollenübernahme zu tun“.

Jeder der beschriebenen Typen beinhaltet nach Turner (1955/56: 323) eine andere Selbst-Andere- Beziehung.

die Gestaltung des gesamten pflegerischen Prozesses⁶⁰. Planungsgrundlage dieses Prozesses ist – in der Mead-schen Terminologie - der Lebensprozess und die aktuelle Lebenssituation des Patienten.

Lauer/Bordman (1970/71) haben Turners Gedanken aufgegriffen. Sie haben den genetischen Zusammenhang zwischen der Rollenübernahme im engeren Sinn und den anderen Bedeutungen dargelegt (s. Joas 1992b: 267). Sie unterscheiden drei Dimensionen, die eine Rollenübernahme jeweils aufweisen kann.

1. Sie kann reflexiv sein oder nicht.
2. Die Rollenübernahme kann ‚appropriativ‘ im Sinne der Internalisierung der Haltungen der Anderen in die Struktur des Selbst sein oder nicht. Sie kann die Haltung Einzelner, von Gruppen, realen oder imaginierten Personen oder auch nur selektive Aspekte dieser Haltungen enthalten.
3. Die Rollenübernahme kann ‚synesic‘⁶¹ oder nicht-synesic sein. Bei dieser Form der Rollenübernahme wird nicht nur das Rollenverhalten des Anderen antizipiert, sondern es geht hier vielmehr um das Erreichen eines Verständnisses des Anderen, d.h. seiner Gefühle, Wahrnehmungen und seiner Definition der Situation. Diese Form der Rollenübernahme kann bei der ästhetischen und therapeutischen Arbeit angetroffen werden (s. Lauer/Bordman 1970/71: 139).

Die Rollen- oder Perspektivenübernahme als eine grundlegende menschliche Fähigkeit ermöglicht Entwicklungen und damit Veränderungen auf der Basis der Konstruktion und Rekonstruktion der eigenen Rolle/Haltung/Perspektive und der von anderen in den unterschiedlichsten Handlungssituationen⁶², in die ein Mensch im Leben involviert ist. An dieser Stelle sei lediglich erwähnt, dass Mead seine Vorstellungen zum Konzept der Rollenübernahme kontinuierlich weiterentwickelt hat, indem er dieses Konzept mit Vorstellungen von Zeit verknüpft (s. PP, Tillman 1970, Strauss 1991 a, 1991 b, 1993, Martin 2005, Gillespie 2005).

Was nun den kooperativen Charakter des Mitfühlens bzw. der Pflege⁶³ betrifft, markiert dieser nach Mead (MSS 299f; GIG 347f) auch zugleich deren Grenze. Um dem Mitfühlen bzw. der Pflege einem Anderen gegenüber Ausdruck zu verleihen, ist die mitfühlende/pflegende Person auf eine Antwort des Anderen angewiesen. Weiter weist Mead darauf hin, dass die Kontrolle des eigenen Handelns, indem man handelt wie der Andere, nicht auf freundliches Verhalten begrenzt ist. Allerdings neigen Menschen dazu, den Begriff ‚sympathetic‘ für freundliche Akte zu reservieren und für Haltungen, die die wesentlichen Bindungsbande im Leben jeder menschlichen Gruppe sind. Was auch immer wir als menschlich bezeichnen, hat seine Wurzel im elterlichen Impuls; es gibt keinen Zweifel, dass die grundlegende Haltung, Anderen in verschiedener Weise Unterstützung zu geben, am deutlichsten in der Beziehung zu Kindern zum Ausdruck kommt. Hilflosigkeit jeder Art reduziert uns zu Kindern und löst bei den anderen Mitgliedern der Gesellschaft, zu der man gehört, elterliche Antworten aus. Mehr als in jedem anderen Sinn, ist die Gesellschaft psychologisch gesehen aus der Familie hervorgegangen. Die elterlichen Haltungen dienen ebenso wie die kindlichen zuallererst der Selbststimulation. Sie betonen daher wertvolle Antworten und sie bieten den Mechanismus des Geistes. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass Mead die Entwicklung von ‚sympathy‘ im Zusammenhang mit der Entwicklung des Selbst sieht. Es handelt sich um die gleiche Entwicklung, die an die Fähigkeit zur Rollenübernahme gebunden ist. Dies bedeutet, dass wir den Ursprung des pflegerischen Handelns, sowohl des auf uns selbst wie des auf andere bezogenen pflegerischen Handelns in dieser Fähigkeit suchen müssen. Mead (ISS: 67) betont, dass die Fähigkeit zur Rollenübernahme zur Unterscheidung zweier Formen von Sympathie führt,

1. der Bereitschaft, jemandem beizustehen, ihm behilflich zu sein

⁶⁰ Der Pflegeprozess als methodisches Mittel ist als Handlungsplan aufzufassen, der einer ständigen Revision ausgesetzt ist, der aber zugleich auch als wichtiges Strukturierungs- und Steuerungsmittel dient, auf den sich die Akteure als gemeinsamen Bezugsrahmen beziehen können.

⁶¹ Synesic, aus dem Griechischen ‚synesis‘ kommend, wird von Lauer/Bordman (1970/71: 147) im Sinne von Zusammengehen oder Zusammenfließen verwendet, wobei es die Fähigkeit des Verstehens/Begriffsvermögens (comprehension), des Erkennens (insight) und der Verständigung (understanding) bezeichnet.

⁶² S. hierzu auch Krappmann 2005, Kap. 4.2 ‚Role Taking‘ und Empathy

⁶³ Wie alle anderen Fähigkeiten wird die Fähigkeit zur eigenen Pflege im Laufe der Entwicklung des Selbst erworben. Sie ist an die Fähigkeit zur Rollenübernahme gebunden.

2. der Bereitschaft, mit einem Menschen zu fühlen.

Was die erste Form betrifft, so kann diese auftreten, ohne dass man sich in die Lage des Anderen versetzt. Bei der zweiten Form hingegen reagiert man nicht nur auf den Anderen,

„sondern man ist in der Haltung, die wir Sympathie nennen. Sympathie und Imitation beruhen beide auf der Übernahme der Rolle des anderen, sie rekonstruieren den Menschen – d.h. es geht nicht einfach um die Akzeptanz des anderen als real, sondern sie stellen eine aktuelle Konstruktion des anderen dar, durch das Sich-an-seine-Stelle-Setzen und durch Sprechen in seiner Sprachmelodie. [...] Das Ego ist mehr oder weniger bewusst, nimmt zuerst den einen Teil und dann den anderen wahr. Der Mensch konstruiert andere und nimmt ihre Rolle in Bezug auf sich selbst ein. Wäre dieser Prozess nicht vorhanden, würde der Mensch nicht von der Gemeinschaft beeinflusst, in der er lebt. Es ist die kreative Imagination, die für den Einfluss verantwortlich ist, den andere auf das Selbst haben“ (ISS: 67).

Mit Blick auf das pflegerische Handeln ist die Idee ‚Anderen helfen zu wollen‘ nach Meads Verständnis von ‚Mitfühlen‘ nicht hinreichend. Sie erfordert mehr, als sich bloß an die Stelle des Anderen zu setzen oder sich mit ihm zu identifizieren. Dies zeigen die Ausführungen zur Ausbildung der Fähigkeit zur Rollenübernahme und zu den unterschiedlichen Formen derselben. Identifikation bedeutet für Mead, dass Unterschiede beseitigt werden, was bei einer emotionalen Identifikation mit einem anderen der Fall ist. Intelligentes Mitfühlen hingegen erfordert das Anerkennen von Unterschieden. Meads Verständnis von Mitfühlen basiert auf seinem Demokratieverständnis. Nur vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, was er unter einer ‚sympathetic relationship‘⁶⁴ versteht. Mead (s. ISS: 82f) zufolge kann das elterliche Handeln etwa in der Form des ärztlichen oder pflegerischen Handelns auch eine institutionelle Form annehmen. Die Differenz der Funktionen (zwischen Patient und Arzt oder Patient und Pflegekraft, MMK) ermöglicht eine ‚sympathetic‘ oder ‚mitfühlende‘ Beziehung. Damit das Mitfühlen wirksam werden kann, muss es eine natürliche Beziehung zwischen den Menschen geben. Ihre Basis besteht in der normalen Differenz der Funktionen. Mit anderen Worten, die Funktionen oder Rollen von Patient und Pflegekraft sind in dieser Beziehung nicht gleich, sondern verschieden. Ihre Beziehung ist keine hierarchische, sondern eine partizipative. Eine solche Beziehung erfordert eine gewisse Vertrautheit mit dem anderen Menschen. Es handelt sich um konkrete und nicht um abstrakte oder ‚virtuelle‘ Beziehungen (ISS: 82), die das bewusste Anerkennen dieser Beziehung erfordert (s. Keith 1999).

Werden diese Gedanken auf die unterschiedlichen Formen pflegerischen Handelns übertragen, dann unterscheiden sich diese radikal von der schlichten Gleichsetzung des pflegerischen Handelns mit der Rolle der Frau. Die Rollenübernahme kann nicht einfach unterstellt werden, sondern sie ist etwas, das im Sozialisationsprozess aktiv angeeignet werden muss. Hierauf weist die Untersuchung von Teresa Tsushma und Viktor Cecas (2001: 268) über Rollenübernahme und Einzel-Eltern-Familien hin. Sie stellen fest, dass die Fähigkeit und Neigung zur Übernahme der Rollen Anderer zwischen den Menschen entsprechend den sozialen Situationen erheblich variieren. Sie untersuchen die Bedingungen und Konsequenzen der Fähigkeit zur Rollenübernahme im familiären Kontext. Rollenübernahme erfolgt hier nicht nur in der Zweierbeziehung, sondern auch in der Vater-Mutter-Kind-Beziehung, einer Dreierbeziehung. Die andere Form der Rollenübernahme erfolgt, wenn die Familie in ihrer Funktion als Gesamteinheit, vergleichbar mit der Funktion des generalisierten Anderen, betrachtet wird. Mit Blick auf das pflegerische Handeln seien an dieser Stelle einige der von ihnen genannten Bedingungen für Rollenübernahmen wie etwa die elterliche Verpflichtung genannt. Verpflichtung kann allgemein drei Dimensionen aufweisen, eine *instrumentelle*, eine *affektive* und eine *moralische Dimension*. Eine zweite Bedingung besteht in dem Vorhandensein geteilter Bedeutungen zwischen Eltern und Kind. Dieses wird durch den Gebrauch der Sprache und das gemeinsame Verständnis von Gesten ermöglicht. In ihrer Kommunikation und Interaktion mit dem Kind hängt die Aushandlung dieser Bedeutungen zwischen Kind und Eltern von der Fähigkeit letzterer ab, wie sie ihr Bewusstsein über den Entwicklungsstand ihres Kindes und dessen motivationalen Zustand hierbei nutzen. Dieser Aspekt ist ebenfalls von fundamentaler Bedeutung für die Gestaltung pflegerischer Situationen.

⁶⁴ Sie ist nur vor dem Hintergrund seines radikalen Demokratieverständnisses möglich, welches sich von idealistischen und dogmatischen Ideen unterscheidet (s. Carreira da Silva 2008, Deegan 2008).

Eine dritte Bedingung ist die Zeit, insofern die Zeit den Eltern erlaubt, ihr Kind in unterschiedlichen Situationen zu erleben. Durch die Beobachtung, wie ihr Kind in unterschiedlichen Situationen kognitiv wie affektiv in Bezug auf andere und auf sie selbst reagiert, können sie seine Verhaltensweisen besser nachvollziehen und verstehen lernen und darüber ihre eigenen Fähigkeiten zur Rollenübernahme verbessern. Auch dies ist ein Faktor, der für die Gestaltung pflegerischer Situationen wichtig ist. In ihrer Untersuchung arbeiten die Autoren heraus, dass die Fähigkeit zur Rollenübernahme von verschiedenen Faktoren abhängt und dass sie für viele Alleinerziehende kein natürlicher Prozess ist. Ein anderer Aspekt, auf den sie stießen und der für eine erfolgreiche Elternschaft ebenso wichtig ist, besteht in dem Wert, den die Eltern für ihr Kind haben und in ihrer Sorge um es. Auch in dieser Hinsicht kann vermutet werden, dass der Wert, der der Pflege von Menschen in einer Gesellschaft ganz allgemein beigemessen wird, Einfluss auf den Erwerb dieser fundamental wichtigen menschlichen Fähigkeit hat und darauf, inwieweit diese Fähigkeit im beruflichen/professionellen Kontext gezielt gefördert und weiterentwickelt werden kann.

Es sollte deutlich geworden sein, dass die Entwicklung der Fähigkeit zur Rollenübernahme von der Art und Anzahl der Beziehungen eines Menschen zu anderen Menschen und dem sozialen Umfeld abhängt. Hierbei handelt es sich um objektive Beziehungen, die Entwicklungen ermöglichen, aber auch einschränken können. Je vielfältiger und differenzierter diese sind, um so mehr besteht die Möglichkeit, diese allgemeine Fähigkeit zu kultivieren (s. auch Keith 1999). Diese Fähigkeit gilt es mit Blick auf die Pflege, in der beruflichen Ausbildung und in der späteren Berufstätigkeit weiterzuentwickeln. Zudem sollte untersucht werden, durch welche Faktoren eine solche Weiterentwicklung begünstigt oder behindert wird⁶⁵. Die Fähigkeit zur Rollenübernahme ist fundamental für das menschliche Handeln⁶⁶. Im nächsten Abschnitt, wo es um die Struktur und Funktionsweise des Selbst beim menschlichen Handeln geht, wird immer wieder auf sie eingegangen. An dieser Stelle sei lediglich erwähnt, dass Jane Addams, eine der frühen Vertreterinnen eines feministischen Pragmatismus und wichtige Weggefährtin Meads sich mit dem Lebenszyklus des Menschen in der Stadt beschäftigt hat. Sie hat sich insbesondere mit zwei wichtigen Lebensphasen beschäftigt, mit der Jugend und dem Alter. Das gemeinsame Merkmal dieser beiden Lebensphasen ist, dass beide von der Wirtschaft unterbewertet werden und dass beide Gruppen zum Idealismus neigen (s. Deegan 1988/2005: 295ff). Die Beschäftigung mit ihren Einsichten könnte für die Pflegewissenschaft von großem Interesse sein. So überführt sie Freuds Gedanken in das pragmatistische Verständnis menschlichen Handelns. An dieser Stelle sei erwähnt, dass Verbindungen zwischen Jane Addams und Lillian D. Wald (s. Daniels 1989), die zu den frühen Pflegeführungskräften zählt, bestanden. Es wäre interessant, den Einfluss Addams auf Walds Vorstellungen von Pflege näher zu untersuchen.

3.3 ZUR PROZESSUALEN STRUKTUR UND FUNKTIONSWEISE DES SELBST

Das auf die eigene Person zurückverweisende Wort ‚Selbst‘⁶⁷ beinhaltet auch das zentrale Merkmal dieses Selbst. Es besteht darin, dass der Mensch sowohl Objekt als auch Subjekt des eigenen Handelns ist. Im Englischen wird dieser Sachverhalt durch die Abgrenzung von ‚I‘ (ich) und ‚Me‘ (mich, mir) sprachlich verdeutlicht. Im Gegensatz zum Tier kann der Mensch sein eigenes Handeln reflektieren und sich selbst zum Objekt seiner

⁶⁵ Die Rollen- oder Perspektivenübernahme wird in der Pflegewissenschaft im Zusammenhang mit Empathie diskutiert (s. auch Bischoff-Wanner 2002). Michele M. Lobchuk (2006) hat mit Blick auf die Erfordernisse kommunikativer Kompetenzen und einer genauen Wahrnehmung von informell Pflegenden das Konzept der ‚Perspektivenübernahme‘ einer Konzeptanalyse unterzogen und bezieht sich dabei auf u.a. auf Mead. Sie interpretiert aber seine Ideen als angeborene Fähigkeit. Aufgrund ihres Vorgehens erkennt sie, dass es sich bei der Fähigkeit zur Rollenübernahme um eine grundlegende soziale Fähigkeit handelt, die allen Menschen zu eigen ist und die sich im Verlauf des Lebens in sozialen Interaktionen und im Handeln ausbildet und das Potenzial hat, sich aufgrund von Erfahrungen weiter auszubilden. Sie ist nicht einfach da, sondern muss entwickelt werden.

⁶⁶ Alex Gillespie (2005: 21) behauptet, dass widersprüchliche Vorstellungen zu diesem Konzept im Umlauf sind. Den Grund hierfür sieht er darin, dass es nicht im Zusammenhang mit Handeln diskutiert wird.

⁶⁷ Nach Krappmann (2005: 24) wird das Selbst überwiegend als ‚self concept‘ verstanden. Dieses verweist auf die Vorstellung, die ein Mensch von sich hat (self as object). Im Kontext der Meadschen Begriffsverwendung ist dies ungenau. Hier beinhaltet das Selbst zwei Aspekte, das I und das Me, wobei nur letzteres auf das Selbstkonzept verweist.

Selbstreflexion machen (s. MSS: 136f; GIG: 178f). Das kann er jedoch nur mittels der beschriebenen besonderen menschlichen Fähigkeit der Rollenübernahme (s. 3.2.2). Dieser Aspekt wird hier mit dem ‚Me‘ umschrieben, das die verinnerlichten Haltungen der Anderen, insbesondere wichtiger Bezugspersonen, sowie des ‚generalisierten Anderen‘ widerspiegelt. Das ‚Selbst‘ bezeichnet nach Mead demnach nicht die sich allmählich herausbildende Persönlichkeitsstruktur,

„sondern *die Struktur der Selbstbeziehung* (Selbstbezüglichkeit) einer Person, sofern es dieser gelingt, die Bezüge zu unterschiedlichen und konkurrierenden Anderen über die Zeit des Lebens hinweg in der Richtung auf Einheitlichkeit zu synthetisieren“ (Joas 1996: 360).

Das Selbst ist im Wesentlichen eine soziale Struktur, die im lebenslangen Dialog zwischen dem I und dem ME immer wieder neu hergestellt wird, wie in Abbildung 3.1 angedeutet. Es beschreibt in den Worten von Joas/Knöbl (2004: 192)

„eher einen Prozess als eine stabile Struktur, eine ständige Strukturierungsleistung, keine verborgene Substanz“.

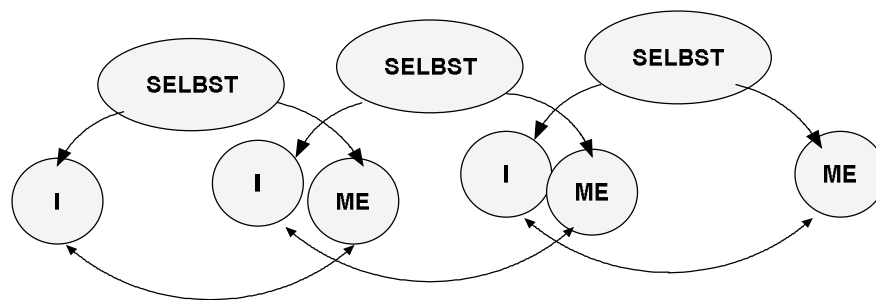


Abb. 3.1: Dialogische Struktur des Selbst

Wie schon in den vorherigen Abschnitten dargestellt, ist das Selbst als etwas Entstehendes dem einzelnen Menschen nicht von Geburt an gegeben. Es bildet sich vielmehr erst aus und verändert sich im Laufe des Lebens (s. MSS: 135; GIG: 177). Der Mensch ist sich seines Selbst nur von außen, d.h. über soziale Beziehungen bewusst, indem er sich zu sich selbst so verhält, wie er sich zu anderen verhält (s. MSS: 138ff; GIG: 180ff). Auch wenn die Anfänge des entstehenden Selbst in der frühen Kindheit beobachtet werden können, benötigt es mehrere Jahre bis das eigene Selbst entstanden ist, d.h. bis das Kind nach und nach eine objektiverte Sicht von seinem Körper und von seinem Verhalten erworben hat (s. auch Baldwin 2002: 108f). Durch die in sozialen Handlungen und Beziehungen gemachten Erfahrungen wird der Mensch auch für sich selbst zu einem sozialen Objekt, dessen Form erst in der Summe der Erfahrungen mit Anderen gefunden werden muss. Die Struktur des Selbst, als eine von außen nach innen strukturierte, reflektiert die Struktur von Rollenmodellen, Haltungen, Perspektiven, von Spielen und Regeln, von generalisierten Anderen und von den Institutionen der sozialen Welt (s. Baldwin 2002: 112, Martin 2005). Nach Mead

„besitzt [der Mensch] ein Selbst nur als Beziehung zum Selbst (den ‚Selbst‘) der anderen Mitglieder seiner sozialen Gruppe; und die Struktur seines Selbst drückt das allgemeine Verhaltensmuster der sozialen Gruppe aus, zu der er gehört, oder reflektiert dieses; geradeso wie die Struktur des Selbst eines jeden Anderen, der zu der sozialen Gruppe gehört“ (MSS: 164; GIG: 222).

Im Zuge der Sozialisation werden der Geist und das Selbst eines Menschen auf zwei wichtige und komplementäre Weisen strukturiert, indem die Sozialisation gemeinsame, mit anderen geteilte Charakterzüge hervorbringt und indem sie einzigartige Charakterzüge erzeugt, die den Menschen zu einem/einer unverwechselbaren Individuum/Persönlichkeit machen (Baldwin 2002: 112). Als Ergebnis seiner Sozialisation verspürt jeder Mensch sowohl ein *Gefühl der Zugehörigkeit* zu Anderen als auch ein *Gefühl des Verschiedenseins* von Anderen. Auch wenn beide Haltungen in uns allen vorkommen, variiert die Balance zwischen ihnen erheblich. Diese von allen Menschen geteilten Merkmale sind für eine reibungslose Funktionsweise der Gesellschaft erforderlich. Zum eigenen und zum gegenseitigen Verständnis der Menschen und um miteinander arbeiten zu können, muss ihr je-

weiliges Selbst in einem gewissen Ausmaß eine gemeinsame Struktur teilen. Das wird über den skizzierten ‚generalisierten Anderen‘ (s. Pkt. 3.2.2.3) sowie über die von den Menschen geschaffenen Institutionen wie Familie, Schule, Beruf möglich. Letztere sind für die Sozialisation der Gesellschaftsmitglieder wichtig, indem sie dazu beitragen, dass Menschen gemeinsame Antworten, gemeinsame Interessen und eine gemeinsame Organisation ihres Selbst (ihrer Selbst) entwickeln, die für das Verständnis der Anderen und für die Synchronisation mit den Anderen erforderlich sind. Andererseits erzeugt der Sozialisationsprozess auch Unterschiede zwischen den Menschen. Der Mensch möchte sich selbst in seinem Handeln zum Ausdruck bringen und er möchte in seiner Verschiedenheit und Einzigartigkeit von den Anderen anerkannt werden (s. MSS: 200 ff; GIG 244). Zudem entwickeln wir je nachdem, in welchen sozialen Gruppen wir handelnd tätig sind, unterschiedliche Selbst, die in Beziehung zu den verschiedenen Aspekten der Handlungshorizonte und der jeweiligen Situationen stehen. Welche Aspekte des Selbst beim Handeln zum Tragen kommen, hängt von der jeweiligen Situation und Erfahrung ab, wobei in diesem Zusammenhang wichtig ist, dass die sozialen Gruppen, innerhalb derer wir handeln, real nicht gegenwärtig sein müssen. Stattdessen beziehen wir uns häufig beim Handeln auf abstrakte soziale Gruppen, die sich in gesellschaftlichen Regeln etc. widerspiegeln. Zugang zu diesen abstrakten Gruppen erhalten wir größtenteils über Bildungsmaßnahmen. Hierüber können wir indirekt uns sonst nicht zugängliche Sichtweisen kennenlernen. Martin (2005: 241) betont, dass Bildung und erweiterte soziale Erfahrungen den Menschen multiplen generalisierten Anderen aussetzen, deren Perspektiven sie nicht nur nacheinander, sondern auch gleichzeitig teilen. Durch die Übernahme der Rolle des generalisierten Anderen und der größeren Gesellschaft tendieren Menschen dahin, sich selbst als einheitliche Wesen wahrzunehmen. Allerdings kann das Selbst aufgrund dessen, dass wir in unterschiedlichen sozialen Gruppen und Kontexten mit unterschiedlichen Anforderungen an uns handeln, in mehrere Teile aufbrechen. Wir haben variable Möglichkeiten hierauf zu reagieren, d.h. wir können je nach Anforderung unterschiedliche Selbst⁶⁸ generieren. Dies hängt von den Reaktionen der anderen in den Handlungsprozess involvierten Personen und von ihren Reaktionen auf uns ab (s. MSS: 143f, GIG: 185f, Baldwin 2002: 115f, ISS:162f) Krappmann (2005: 155) spricht in diesem Zusammenhang von Ambiguitätstoleranz. Eine andere Verhaltensmöglichkeit besteht in den diversen Varianten der Abwehr. Insgesamt bieten die o.g. abstrakten sozialen Gruppen, d.h. der Umgang mit verschiedenen generalisierten Anderen Möglichkeiten der radikalen Ausweitung und/oder Veränderung individueller Perspektiven, die uns im täglichen unmittelbaren Handeln und in der Erfahrung verfügbar sind. Letzteres ist mit Blick auf die in Teil II noch zu diskutierenden pflegetheoretischen Ansätze wichtig.

Das Eingebundensein der Menschen in unterschiedlichen sozialen Gruppen, Beziehungskonstellationen und Situationen führt bei Erwachsenen zu einer gewissen Varianz bezüglich des Niveaus der Organisation des Selbst. Nach Baldwin (2002: 114f) wird die Entstehung eines hoch entwickelten und strukturierten Selbst von mehreren Faktoren beeinflusst:

1. „Die Komplexität des Selbst ist zum Teil abhängig von der Fähigkeit des Menschen zur Rollenübernahme und der Fähigkeit, das Selbst aus der Perspektive eines Anderen zu sehen. [...]
2. Problematische Situationen bringen wichtige Erfahrungen für die Entwicklung des Selbst mit sich. Konflikte und Probleme beinhalten Entwicklungsmöglichkeiten, weil sie uns nötigen, innezuhalten und über die Lösung der Probleme zu reflektieren. [...]

⁶⁸ Mead geht auf das Problem der Spaltung der Persönlichkeit ein. Eine solche scheint bei emotional umwälzenden bzw. spannungsgeladenen Ereignissen eher möglich zu sein. An anderer Stelle betont er mit Blick auf das Handeln, dass die Einheit und Struktur des gesamten Selbst die Einheit und Struktur des sozialen Prozesses als Ganzes reflektiert; und jedes der elementaren Selbst, aus denen es (das Selbst, MMK) besteht, reflektiert die Einheit und Struktur der verschiedenen Prozesse, in die ein Mensch verwickelt ist. In der Fußnote 4 (MSS: 144; GIG: 186) formuliert er diesen Sachverhalt wie folgt: „Die Einheit des Geistes ist nicht identisch mit der Einheit des Selbst. Die Einheit des Selbst wird durch die Einheit aller Beziehungsmuster des sozialen Verhaltens und der Erfahrungen, in die ein Mensch verwickelt ist, konstituiert und dies wird reflektiert in der Struktur des Selbst; allerdings treten viele der Aspekte oder Merkmale dieses gesamten Musters nicht in das Bewusstsein, insofern ist die Einheit des Geistes gewissermaßen eine Abstraktion der umfassenderen Einheit des Selbst“.

3. Die strukturelle Komplexität und das soziale Umfeld, in die ein Mensch eingebunden ist, haben Einfluss auf das Niveau der Entwicklung des Selbst. Das Bewusstsein eines Menschen spiegelt gewissermaßen die Situation und die sozialen Beziehungen, in die er involviert ist“.

Meads Begriff der menschlichen Person und ihres Handelns ist laut Joas (1992a: 202) ‚konstruktivistisch‘, da der Umgang des Menschen mit sich selbst als Resultat sozialer Strukturen bzw. des Umgangs von Personen miteinander gedacht wird. Menschliches Handeln geht mit Veränderungen einher. Bevor die Rolle rekonstruiert wird, die dem ‚I‘ und dem ‚Me‘ beim Handeln zukommt, sollen zunächst mit Blick auf das pflegerische Handeln Meads Vorstellungen zum sozialen Handeln skizziert werden.

3.3.1 ZUM BEGRIFF DER HANDLUNG UND DES PHYSISCHEN DINGS BEI MEAD

Erste Ideen zum Verständnis des Handelns finden sich bei Mead schon in frühen Aufsätzen⁶⁹. Deren Ausarbeitung war ihm aber erst im Zusammenhang mit der Entwicklung seiner Theorie der Dingkonstitution möglich, als er erkannt hatte, dass die Kooperation von Hand und Auge erst dann Dinge, d.h. permanente Objekte bildet, wenn die im sozialen Umgang entwickelte Fähigkeit der Rollenübernahme auf den Umgang mit nicht-sozialen Objekten ausgedehnt wird (s. Joas 1989: 145). Unter Handeln versteht Mead nicht nur das sichtbare, offenkundige Tun, sondern auch das verdeckte Handeln eines Menschen (s. auch Strauss 1993: 22). Hierzu gehört das innere ‚Gespräch mit sich selbst‘ in Bezug auf einen bestimmten Handlungsverlauf, also darauf, welche Vorstellung von uns wir in demselben entwickeln. Handeln ist für Mead ein anhaltender Vorgang, der aus der Stimulation, unseren Reaktionen darauf und schließlich aus den Ergebnissen unserer Reaktionen besteht. Mit Blick auf das Selbst unterscheidet er verschiedene Formen des Handelns - das unmittelbare (spontane) Handeln, das Versuch-und-Irrtum-Handeln und das reflexive Handeln. Nur in letzterer Handlungsform kommt das Selbst als ein Bestandteil der Handlung mit ins Spiel, da es in Beziehung auf sich selbst handelt, indem das Denken sein Tun begleitet (s. PA: 367ff).

Das auf sich selbst wie auf Andere bezogene pflegerische Handeln bezieht sich immer sowohl auf den Körper wie auf das Selbst eines Menschen. Es ist ein kooperatives Handeln, bei dem die Fähigkeit zur Rollenübernahme mit Beziehung auf den eigenen Körper und auf das eigene Selbst fundamental ist. Wir haben es gewissermaßen mit einer doppelten Rollenübernahme zu tun, die auf die zwischen Geist und Körper bestehende Beziehung verweist. Sie besteht nach Mead (PA: 455) im Handeln eines Menschen als Mitglied einer rationalen Gemeinschaft in der Organisation des Selbst und in der Behandlung des Körpers als physisches Ding. Das grundlegende Merkmal des Selbst besteht darin, dass es für sich selbst ein Objekt ist. Es tendiert dazu, sich Dinge, Menschen und ihre Bedeutung/ihren Sinn mittels der Übernahme der Perspektive eines Anderen oder Anderer zu erklären. So fließen z.B. in das pflegerische Handeln, etwa bei der Körperpflege, die in der Familie oder in der Gesellschaft vorherrschenden Vorstellungen mit ein. Bei einer kooperativen Handlung wie der Pflege zeichnet sich die rationale Haltung des Menschen durch die Beziehung aus, die er in diesem Prozess zu sich selbst einnimmt. Diese spiegelt sich in der Übernahme der organisierten Rollen Anderer, die ihn zu einer Antwort stimulieren. Das eigene Selbst, das sich von dem der Anderen unterscheidet, befindet sich wie diese in einem *kommunikativen Feld* oder auch in einem *Feld von Perspektiven* (s. Martin 2005: 234). Das, was Anderen oder sich selbst gegenüber angezeigt werden kann und nicht auf sprachliche Hinweise reagiert, befindet sich im *Feld der Wahrnehmung* und wird als physisches Ding bezeichnet. Als ein solches ist auch der menschliche, in diesem Fall der zu pflegende Körper zu sehen. Physische Dinge sind ganz allgemein Mittel⁷⁰. In Bezug auf den Körper und das Selbst, die beide für die Pflege wichtig sind, nimmt der Mensch dieselbe Haltung wie in Bezug auf physische Objekte ein. Sie unterscheiden sich durch den Wert, der diesen Objekten beigemessen wird. Die zwischen dem

⁶⁹ Joas (1989: 145) zufolge vertrat Mead lange Zeit die ‚pragmatische‘ und die ‚intersubjektivitätstheoretische‘ Argumentation nebeneinander. Eine Integration beider Ansätze gelang ihm erst spät. Ging die erste Argumentationslinie von der These der Pragmatisten aus, wonach die Wahrnehmung von Dingen sich im Handeln konstituierte, nahm der zweite Argumentationsstrang an, dass das soziale Bewusstsein dem Bewusstsein gegenständlicher Objekte vorausgeht.

⁷⁰ Als Mittel zum Ziel müssen sie nach Mead (1938/1972: 25) häufig erst entdeckt werden.

Selbst und dem Körper bestehende Grenze findet sich nach Mead (PA: 466) zunächst in der sozialen Organisation der Handlung, aus der das Selbst entsteht, sowie in ihrem Gegensatz zu den physiologischen Aktivitäten des Organismus. Letztere sind in sich begrenzt (PA: 446). Bei der Pflege handelt es sich um soziale Handlungen, die ihren Ausgang innerhalb des menschlichen Organismus nehmen. Hierbei sind die mit der Körperpflege verbundenen Handlungen sozial, insofern der Einzelne mit Blick auf ihre Vollendung hierbei die Haltungen Anderer übernimmt. Er reagiert auf das, was in seiner Familie, in seinem Freundeskreis usw. in Bezug auf die Körperpflege als angemessen angesehen wird. In seinen Handlungsmustern finden sich die Haltungen Anderer, ohne dass diese die ersteren total determinieren. Im Fall des auf einen Anderen bezogenen pflegerischen Handelns, muss dieses auf die andere Person abgestimmt werden, d.h. auf deren Handlungsmuster etwa bei der Körperpflege. Hierbei geht es darum, die im zu pflegenden Menschen ausgelösten Handlungsimpulse zur eigenen Pflege soweit zu stimulieren, dass diese von ihm selbst zu Ende geführt werden können oder dass er sich dabei von einer pflegenden Person unterstützen lässt, so dass diese die entsprechenden Handlungen für ihn ausführt. Das soziale Handlungsmuster Körperpflege unterscheidet sich nach Mead jedoch vom Verhaltensmuster des physiologischen Organismus. Das Verhalten der Körpers tritt in der aufmerksamen Anpassung des Körpers (adjustment) an die Stimuli, die ihn zu einer Antwort veranlassen, in die Erfahrung des Menschen ein. Bezogen auf die Körperpflege erfolgt der Vorgang des morgendlichen Waschens nach dem Aufstehen i.d.R. ohne groß darüber nachzudenken. Die dazu erforderlichen körperlichen Bewegungen laufen quasi von selbst ab ebenso wie die hierbei vom Körper vorgenommenen feinsten Anpassungsleistungen. Die Stimuli müssen von den Gefühlen der Körperteile unterschieden werden, die die Haltung der aufmerksamen Anpassung begleiten. Hierbei bezieht sich die Erfahrung etwa der Muskelkontraktionen oder des Atmens etc. auf das Selbst. Diese Gefühle/Empfindungen gehen als organische Ereignisse in die Erfahrung des Selbst ein. Die aufmerksame Anpassung geht in die Erfahrung ein und ist bestimmend für sie, aber wir haben keine Erfahrung von ihr selbst. Lediglich die Organisation der körperlichen Haltung und der selektiven Aufmerksamkeit können in gewissen Grenzen in den Bereich des ‚Bewusstseins von etwas‘ gehoben werden (s. PA: 448f).

So wie Selbst und Körper zwei unterschiedliche, wenn auch aufeinander bezogene Dinge sind, kann die Einheit des Handelns auf zweierlei Arten in der Erfahrung präsent sein, nämlich als aktueller Handlungsprozess (als Tun) oder als Wesen eines Dings/Objekts. Die Einheit des Handelns kann aber auch in der Organisation der Handlungsphasen und in den Bestandteilen des Dings vorhanden sein. Mead nennt als Beispiel für eine solche Handlungseinheit ‚etwas zu essen in den Mund stecken‘ oder einfach ‚einen Baum‘, der als Objekt eine Einheit bildet. Beide Ganzheiten sind als Erfahrung gegeben. Mead (s. PA: 449f) betont nun, dass es in ihrer strukturellen Einheit eine Unterschiedlichkeit in der Erfahrung gibt. Bezogen auf das Beispiel der Körperpflege kann diese Unterschiedlichkeit im Vorgang des Waschens bestehen oder hinsichtlich der Seife, der Dusche usw. So können wir die Objekte Dusche oder Seife in ihre einzelnen Bestandteile zergliedern. Die Einheit der Dusche finden wir in den erkannten Beziehungen zwischen den Einzelteilen. Im Fall des Waschens, wenn wir etwa die Seife nehmen, um uns einzuseifen, können wir diese Handlung vom Standpunkt des Handelns des Selbst und vom Standpunkt des Verhaltens des physiologischen Organismus aus betrachten. Aus der Sicht des Selbst besteht die Einheit des Körperwaschens aus den verschiedenen Phasen des Handelns als zielgerichtete Aktivitäten und darin, wie diese miteinander verbunden sind. Wir können dieses Handeln in seinen verschiedenen Phasen analysieren, die ebenso in der Erfahrung des Selbst vorhanden sind, wie in den Beziehungen, die diese Phasen untereinander verbinden. Die organische Einheit des physiologischen Aktes, den das Ergreifen der Seife und das Einseifen darstellen, kann nicht im Sinne der Erfahrungen des Selbst analysiert werden, auch wenn die Handlung und seine Einheit zweifellos gegeben sind. Diese Akte sind wie bspw. das Gehen, das Schreiben und das Sprechen in physiologischen Prozessen ebenso gegenwärtig wie in den Handlungen des Selbst. Wir realisieren dieses erst, wenn der Organismus aus irgendeinem Grund seine Funktion verweigert. Etwas, was da war, ist verschwunden. Wir können die physiologischen Prozesse und die daran beteiligten Organe bis in ihre Einzelteile analysieren, indem wir den Organismus sezieren und dabei aufzeigen, welcher Mechanismus vorhanden und tätig sein muss, damit

die entsprechenden physiologischen Handlungen stattfinden können. Die physiologischen Gegebenheiten sind zwar Bedingungen der Handlungen des Selbst, sie liegen aber außerhalb seiner Erfahrung (s. PA: 450).

Im folgenden Abschnitt sollen diese Überlegungen am Beispiel der Körperpflege auf die vier Phasen des Meadschen Handlungsmodells⁷¹ bezogen werden, die er in dem posthum veröffentlichten Buch *'The Philosophy of the Act'* (1938/1972, im Folgenden PA) ausgearbeitet hat: *die Phase des Impulses, der Wahrnehmung, der Manipulation und des Handlungsvollzuges*.

3.3.2 ZU DEN HANDLUNGSPHASEN DES MEADSCHEN HANDLUNGSMODELLS

Die vier Phasen des Meadschen Handlungsmodells müssen in Zusammenhang mit anderen wichtigen Konzepten Meads gesehen werden wie dem der Zeit, der multiplen Perspektiven der handelnden Personen, der Rolle des Selbst im sich entfaltenden Handlungsprozess sowie des Zusammenspiels des ‚I‘ und ‚me‘ als Phasen⁷² desselben (s. Strauss 1993: 3, Gillespie 2005). All diese Konzepte sind für die verschiedenen Formen des pflegerischen Handelns von Bedeutung. Ganz allgemein erfolgt menschliches Handeln immer in Beziehungen. Wir handeln in Bezug auf, mit anderen oder für andere Menschen sowie in Bezug auf Dinge und Ereignisse. Menschliches Handeln kann nur in Bezug auf die dabei eingegangenen unterschiedlichen Beziehungen verstanden werden, d.h. es findet in einem Feld bestehend aus vielfältigen Perspektiven (Perspektiven- bzw. Rollenübernahme) statt, die der Einzelne und die ebenfalls dabei involvierten Anderen zeitgleich oder hintereinander einnehmen können (s. Strauss 1993: 21, Martin 2005: 236; Gillespie 2005: 24ff). Dieses ist mit Blick auf die einzelnen Handlungsphasen ebenso zu berücksichtigen wie der Umstand, dass das Handeln eine sichtbare und eine verdeckte Seite hat. Letztere verweist auf die Fähigkeit des Menschen zur Reflexivität (s. Strauss 1993: 22), das heißt zum Denken. Weiter findet Handeln immer in zeitlich-räumlichen Bezügen statt. Ein anderer wichtiger Aspekt des Meadschen Handlungsmodells besteht laut Gillespie (2005: 27) darin, dass soziales Handeln auf soziale Interaktionen verweist, die zu Institutionen mit etablierten Positionen geworden sind wie bspw. die Eltern-Kind-Beziehung, die Beziehung Käufer-Verkäufer, die Beziehung zu pflegender Mensch – pflegende Person, die Beziehung Vorgesetzte/r - MitarbeiterIn. Diese Beziehungen verweisen auf soziale Strukturen, die über die Zeit stabil sind. Mit Blick auf das menschliche Handeln ermöglicht die Fähigkeit zur Rollenübernahme dem Menschen, sich sein eigenes Handeln beim Handeln in einer dieser Beziehungen durch den Wechsel der eigenen Position aus der Position des Anderen zu vergegenwärtigen wie auch aus den Reaktionen der Anderen auf sein Handeln und seine Reaktion auf sein eigenes Handeln. Mit Blick auf die Entwicklung dieser Fähigkeit unterstreicht Gillespie (2005: 29f), dass die im organisierten kindlichen Spiel eingenommenen Haltungen/Rollen größtenteils komplementäre sind und dass sie zugleich aufgrund ihrer unterschiedlichen Position innerhalb des sozialen Handlungsprozesses nicht vergleichbar sind. Erst wenn es dem heranwachsenden Menschen gelingt, diese unterschiedlichen Positio-

⁷¹ Nach Strauss (1993: 3; 1991: 10f) arbeitet Mead das Handlungsschema von Dewey weiter aus und reichert es um wichtige Elemente an. Deweys Modell besteht im Kern aus der Vorstellung, dass Handeln etwas Fortlaufendes (ongoing) ist, dass Erfahrung integraler Bestandteil des Handelns ist, dass Handeln hauptsächlich aus Routinen besteht, dass eine unterbrochene Routine infolge einer Blockierung zu einer Reorganisation und dann zur Fortsetzung des Handelns führt. An anderer Stelle führt Strauss (in Legewie/Schervier-Legewie 2004: 16) aus, dass in Deweys Handlungsschema mentale Prozesse wie Vorstellen, Planen und Entscheiden, erst wenn die Routine durch Störungen unterbrochen wird, ins Spiel kommen und dann zu einer Reorganisation des Handlungsflusses führen. Dabei spielt Interaktion eine zentrale Rolle, sowohl für den Handlungsablauf wie für das Selbst und die Welt. [...] Etwas weiter heißt es, dass Mead zu diesem Handlungsschema wesentliche Elemente hinzufügte: seine Unterscheidung von Handlungsphasen, seine radikale Konzeption der Komplexität und Flexibilität jeder Handlung, seine Ausarbeitung der sozialen Interaktion und der multiplen Perspektiven der Akteure, seine Konzeption des Selbst als Prozess einschließlich der Selbstreflexion und des Zusammenspiels von "I and Me", schließlich seine Betonung von Körper und Zeitlichkeit. (in Legewie/Schervier-Legewie 2004: 19). Gillespie (2005: 25) bezeichnet die Handlungstheorie von Dewey als eine Widerspruchstheorie (contradiction theory). Mead war offenbar schnell klar, dass diese Theorie noch unzureichend war. Eine Weiterentwicklung gelang ihm aber erst, als er seine Aufmerksamkeit der Subjekt-Subjekt-Beziehung zuwandte. Dieses gelingt ihm, indem er die Fähigkeit des Menschen, die Perspektive des Anderen einzunehmen, aktiv in die Analyse mit einbezieht. Für die Subjekt-Subjekt-Beziehung ist das Konzept der Rollenübernahme von außerordentlicher Bedeutung (Gillespie 2005: 27).

⁷² Laut Athens (2002: 28) hat Mead die soziale Handlung generell in eine konflikthafte und eine kooperative untergliedert. Die einzelne soziale Handlung wiederum besteht aus fünf allgemeinen analytischen Bestandteilen: Rollen, Haltungen, signifikante Sprache, Rollenübernahme und soziale Objekte.

nen zu verbinden (paired) oder zu integrieren, können er oder sie sich ihrer eigenen Handlungen bewusst werden. Diese Integrationsfunktion des organisierten Spiels wird über drei Mechanismen ermöglicht: (1.) über den Wechsel sozialer Positionen, (2.) mittels des Erlernens von Regeln oder Normen, die die einzelnen, isolierten Haltungen überbrücken und (3.) über die vokale Geste, die für die Phylogenese signifikanter Symbole wichtig ist. Auf ihre Rolle wird im Folgenden bei der Beschreibung der einzelnen Phasen des Handlungsmodells eingegangen.

Hinsichtlich der ersten Phase des Handlungsprozesses, *des Handlungsimpulses*, betont Mead die Sensitivität des Menschen, verstanden als Funktion der Reaktion auf eine Stimulation. Der Mensch beginnt seine Handlungen aufgrund eines sinnlich wahrgenommenen Stimulus, etwa des Wunsches sich zu waschen. Hierbei muss zwischen passiver und aktiver Wahrnehmung unterschieden werden. Mead behauptet, dass alle Wahrnehmungen mit unmittelbaren sinnlichen Stimulationen einhergehen, zu denen wir in früheren Erfahrungen bereits eine gewisse Haltung⁷³ eingenommen haben. Darin liegt unsere Antwort auf die Stimulation (z.B. nach dem Aufstehen sofort ins Badezimmer zu gehen oder im Frühdienst als eine der ersten Aktivitäten die morgendliche Körperpflege eines Patienten zu versehen). Fließt unsere Reaktion nicht in das momentane offensichtliche Handeln ein, so erscheint sie im Bewusstsein als Haltung (Wunsch, Abwehr usw.). Diese Haltung wird von Vorstellungen aus früheren Erfahrungen begleitet⁷⁴. Handelt es sich um gelungene Reaktionen im Sinne erfolgreich zu Ende gebrachter Handlungen, dann beinhalten diese auch das angestrebte Ergebnis, indem sie es vorwegnehmen. Die Wahrnehmung von physischen und sozialen Dingen ist vermittels unserer *Distanz-* und *Kontaktsinne* im Handlungsprozess verankert. Mit Blick auf den beginnenden Handlungsprozess erfolgt das Abtasten eines physischen oder sozialen Objekts (z.B. eines im Weg stehenden Hindernisses) durch seine Lokalisierung. Diese erlaubt dem Menschen, eine bestimmte Haltung zum jeweils gegebenen Objekt einzunehmen, er kann sich z.B. darauf zu bewegen oder sich abwenden (PA: 4). Damit der Mensch seine Körperbewegungen und Sinnesorgane beim Handeln an einen Stimulus anpassen kann, muss er wissen, wovon er stimuliert wird. Dies geschieht durch Reflexion. Nach Mead bringt jede neue Stimulation eine unterschiedliche Haltung in Bezug auf unsere Antwort mit sich. Das morgendliche Waschen etwa vollzieht sich in immer wieder unterschiedlichen Situationen (zu Hause oder in einer fremden Umgebung, in unterschiedlichen körperlichen Zuständen und Verfassungen, Jahreszeiten und Uhrzeiten). In der Art, wie wir uns in einer spezifischen Situation waschen, d.h. in der Reaktion auf die Anforderungen des Waschens, sind die Bilder aus vergangenen Erfahrungen enthalten. Sie bilden den Hintergrund für das Abtasten einer Situation, d.h. für deren Interpretation. In einer solchen Situation nehmen wir nicht einfach alles wahr, vielmehr wählen unsere Sinnesorgane gewisse Merkmale aktiv aus. Diesen Vorgang bezeichnet Mead als *selektive Wahrnehmung*. Uns ist dieses Vorgehen normalerweise gar nicht bewusst, ebenso wenig sind es die Bilder, die bestimmte Stimuli in uns wachrufen und auf die wir reagieren. Hier gibt es eine große Spannbreite. In der alltäglichen Wahrnehmung, im Bewusstsein des Vertrauten, kann diese Wahrnehmung beim Abtasten einer Situation eher passiv sein und gerade mal das bemerken, wozu wir handlungsbereit sind. In Situationen hingegen, wo etwas unsere Neugier erregt oder wir mit etwas Neuem konfrontiert sind, haben wir es mit einem aktiven Wahrnehmungsprozess zu tun (s. PA: 5).

In problematischen Situationen, etwa wenn gewohnte Waschutensilien nicht vorhanden sind oder man eigentlich zu müde zum Waschen ist, kommt es zu einer mangelnden Anpassung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt, indem seine Verhaltensweisen (Reaktionen) nicht den Erfordernissen des Stimulus entsprechen. Das Ob-

⁷³ So haben wir den Vorgang des Körperwaschens im Laufe unserer Sozialisation erlernt und entsprechende Routinen ausgebildet (s. auch Pkt.3.4.2).

⁷⁴ In einem frühen Aufsatz schreibt Mead (SW: 123; GA 1: 210): „Die Frühstadien sozialer Handlungen umfassen alle Anfänge von Feindseligkeiten, Werbung und elterlicher Pflege, die gesamte Kontrolle der Sinnesorgane, die jedem äußeren Handeln vorausgeht, das durch Sinnesorgane kontrolliert wird, die Haltungen des Körpers, durch die eine Handlungsbereitschaft und die Richtung einer Handlung angezeigt werden und schließlich die Anzeichen von Handlungsvorbereitungen im Blutkreislauf wie z.B. eine erhöhte Blutzufuhr [...], die bei einer Veränderung [...] des Blutkreislaufs eintreten können“.

jekt, in Bezug auf das gehandelt wird, verändert sich im Handlungsprozess. Im Fall des Waschens sind es der eigene Körper und das Selbst. Hier muss gesehen werden, dass die Objekte aufgrund der jeweiligen Perspektive des Menschen und seiner Möglichkeiten, auf sie zu reagieren, jeweils verschiedene sind. An dieser Stelle ist wichtig, dass das, was für uns in einer Situation wie dem Waschen Sinn macht oder von Bedeutung ist, in Zusammenhang mit unserer *Handlungsbereitschaft* gesehen werden muss, da diese auf die Bedingungen verweist, unter denen Sinn oder Bedeutung entstehen kann (SW: 126; GA1: 213). Weiter werden die Werte, die wir mit Objekten verbinden, nicht nur aufgrund unseres unmittelbaren sinnlichen Zugangs zu ihnen ausgewählt, sondern aufgrund von Erfahrungen, die wir in der Vergangenheit mit ihnen gemacht haben (z.B. weiß ich, dass ich mich nach dem Waschen erfrischt fühlen werde, was ein angenehmes Gefühl ist). Zwischen jedem Objekt und dem Menschen besteht eine bestimmte, d.h. objektive Beziehung. Der jeweilige Mensch hat *zu seinem Körper* und *zu sich selbst als Objekt* aufgrund seiner Sensitivität und seiner Erfahrungen *eine spezifische Haltung*. Kommt es beim Waschen aufgrund einer nicht angemessenen Reaktion zu einer mangelnden Anpassung, d.h. zu einer problematischen Situation, dann besteht hierin die aktuelle Erfahrung des Menschen. Diese bezieht sich im Sinne des Aufkommens des Selbst auf sein Selbst als Objekt (s. PA: 7), welches sich nicht wie gewohnt waschen kann. Mead betont, dass wir uns der Bedeutung unserer Handlungsbereitschaft umso weniger bewusst sind, je vertrauter uns bestimmte Situationen und Handlungsweisen sind. Erst in problematischen Situationen kann jene in unser Bewusstsein treten. Damit dies möglich ist, muss das, woraufhin wir zu handeln bereit sind, der zu waschende Körper und das, was ein gewaschener Körper für uns selbst bedeutet (Frische, Wohlgefühl etc.), getrennt vorgestellt werden (s. SW: 128; GA1: 216). In einer unmittelbar gegebenen Handlung, d.h. einer gewohnheitsmäßigen Handlung kommt das Selbst nicht ins Spiel. Es würde diese erschweren.

In einer problematischen Situation, wie der beschriebenen, in der eine Neuanpassung des Handlungsprozesses erforderlich wird, kann das Denken, als ein wichtiges dem Selbst zugeschriebenes Charakteristikum zum Tragen kommen. Es besteht darin, dass das Selbst, obwohl es laut Mead kein Ding an sich ist, *beim Denken den Charakter eines Objekts* hat. Die spezifische Funktion des Selbst beim Handeln zeigt sich in problematischen Situationen in der Haltung des Menschen in Bezug auf sich selbst im Vergleich zu seiner Haltung in Bezug auf Dinge, wie etwa den Körper. Die als Intelligenz bezeichnete Haltung, die wir gegenüber Dingen einnehmen, besteht in einer offensichtlichen oder verzögerten Antwort. Die Haltung, die wir gegenüber den Inhalten unseres Geistes in Beziehung zur Welt einnehmen, ist die der *Erklärung*. Mit Bezug auf zukünftige Objekte besteht die Erklärung in der *Rekonstruktion eines Objekts*, das beim Handeln darin versagt hat, eine angemessene Antwort hervorzu- bringen. Durch die Erklärung wird das Objekt ersetzt. Das Ziel der Rekonstruktion besteht im Fortsetzen der Handlung, wofür der Gebrauch der Sprache und die Fähigkeit zur Rollenübernahme erforderlich sind (s. PA: 7f). In problematischen Situationen, wo das Selbst zum Tragen kommt und sich selbst zum Objekt wird, besteht seine Funktion darin, dem Selbst die verschiedenen Merkmale der Objekte aufzuzeigen, so dass eine Neuanpassung an den Stimulus möglich wird. In diesem Zusammenhang spricht Mead (PA: 368f) von Kontrolle, die durch eine aufmerksame Selektion von Stimulationen erfolgt. Allerdings kann die *selektive Aufmerksamkeit* auch stattfinden, ohne dass sich der handelnde Mensch zu den ausgewählten Stimuli verhält. Dies ist bspw. beim Handeln nach der Methode von Versuch und Irrtum der Fall, wo der Mensch nicht genau weiß, was letztlich zum Fehlschlag geführt hat, wo er sich sein Tun nicht erklären kann und nicht weiß, auf welchen Stimulus er reagiert hat. In einer Situation hingegen, wo Stimulus, Antwort und ihre Beziehung sich wechselseitig klar definieren (etwa beim morgendlichen Waschen) kann der Mensch sich selbst gegenüber den Stimulus, der in der Tendenz besteht, sich zu waschen, klar aufzeigen. Wenn diese Tendenz verzögert oder unterbrochen wird, tauchen vergangene Erfahrungen bzw. deren Ergebnisse im Bewusstsein auf und weisen den Menschen darauf hin (in einer ähnlichen Situation habe ich mich so und so verhalten). Deren Wirkung besteht wiederum darin, dass der Mensch nicht in einer Haltung der Niederlage verbleibt, sondern hierüber ein spezifisches Objekt erhält (wie er sich dennoch waschen kann), während die restliche Umgebung hiervon befreit wird und bereit steht, wiederum andere Reaktionen hervorzurufen. Der Mensch beginnt nach neuen Wegen zu suchen, um zu dem in der Distanz liegenden Ziel

zu gelangen. Angesichts eines Konflikts im Handlungsprozess besteht die unmittelbare Funktion des Selbst in der Analyse der komplexen Antwort, so dass ein neues Feld von Objekten zusammen mit der rekonstruierten Handlung aufscheinen kann. Eine andere Funktion besteht in der Aufmerksamkeit gegenüber den allgemeinen Merkmalen eines Objekts in der Umwelt, und seiner Abstraktion mittels symbolvermittelter Kommunikation in der Form von Ideen und der Bedeutung, die wir diesen beimessen. Mead verweist auf zwei Modi, durch die das Selbst in der Erfahrung erscheint:

1. indem der Mensch sich und andere Dinge und deren Charakter aufzeigt
2. indem er dazu tendiert, auf den von ihm verwendeten Stimulus in der gleichen Art zu reagieren wie andere hierauf reagieren (Rollenübernahme) (s. PA: 371f)

Hierbei handelt es sich um Stimuli, die vor allem in der symbolvermittelten Kommunikation⁷⁵ gefunden werden. Die Fähigkeit zur Rollenübernahme erlaubt dem Menschen, sich reflexiv auf Dinge zu beziehen und diese von unterschiedlichen Standpunkten aus zu betrachten. In der Erfahrung besteht die Funktion des Selbst darin, dass der Mensch Dingen und ihren Merkmalen die Ergebnisse von vergangenen Erfahrungen beifügt, sowie im Aufzeigen und Isolieren der Bedeutungen von Dingen (s. PA: 372).

Die zweite Phase, die der **Wahrnehmung**, verweist auf die Beziehung, die zwischen einem Menschen und einem Objekt oder der Umwelt besteht und in der mittels Selektion bestimmte Elemente betont werden. Diese Beziehung ist mit einer **zeitlichen Dauer** und mit einem **Prozess** verbunden. Mead unterstreicht mit Blick auf diese Phase zum einen den sinnlichen Charakter von Dingen und zum anderen die Realität des wahrgenommenen Objekts. Was den ersten Aspekt, d. h. die Identität eines Objekts mit verschiedenen Merkmalen betrifft, so bezieht sich diese nach Mead auf gewisse identische Merkmale, insbesondere der räumlich-zeitlichen Position und auf Kontakterfahrungen (PA: 11). Die Frage, ob ein Objekt eine gewisse Farbe hat oder nicht, entsteht nur, wenn die Handlung, die die Merkmale dieses Objekts auslösen, nicht erfolgreich beendet werden kann. Bis zu diesem Moment existiert das Objekt innerhalb der komplexen Situation von Objekt, Medium und Organismus, und ist einfach das, was es ist. Erst wenn uns etwas fraglich wird, kommt Wissen als ein Element der Erfahrung mit ins Spiel (PA: 12).

In der Wahrnehmung ist ein Objekt wie ein zu waschender Körper ein **Distanzobjekt**. Es lädt uns zum Handeln in Bezug auf es ein, das mit dem Erreichen von Ergebnissen endet. Distanzwahrnehmungen können unterschiedlicher Art sein. Sie sind nicht auf Sehen oder Geräusche beschränkt. Es können auch taktile Erfahrungen und damit verbundene körperliche Empfindungen sein. Das wahrgenommene Objekt, der zu waschende Körper, ist integraler Bestandteil der Umwelt, und die Wahrnehmung richtet sich auf das Ganze dieses Objekts. So provoziert die taktile Erfahrung eines Distanzobjekts, hier der zu waschende Körper, die Handlung des Waschens, in der der Körper seinen impliziten Wert in einer endgültigen Kontakterfahrung erfährt (PA: 13), durch das Waschen. Um zu wissen, was das wahrgenommene Objekt ist, bedarf es einer Kontakterfahrung - des tatsächlichen Waschens. Nach Mead (PA: 14) können wir zwei unterschiedliche Haltungen in Bezug auf wahrgenommene Objekte als Teile einer komplexen Umwelt einnehmen. In der unmittelbaren Erfahrung ist das Gesehene und Gefühlte Objekt einfach da. In dieser Erfahrung kann der Mensch Teile seines eigenen Organismus sehen und fühlen. Sie sind einfach Teile des gesamten Wahrnehmungsfeldes. In der unmittelbaren Erfahrung werden die Distanzmerkmale eines Objekts nicht in einen Kontakt übersetzt. Der wahrnehmende Mensch befindet sich in der Erfahrung einfach im Zentrum seines Wahrnehmungsfeldes. Bei der zweiten Haltung, der reflektierenden Haltung oder Analyse, wird das gesamte Feld einschließlich des menschlichen Organismus in physische Elemente aufgelöst (s. PA: 14f). Letztere sind auch als hypothetische Wahrnehmungen denkbar, insofern deren Merkmale wie

⁷⁵ Gillespie (2005: 32) sieht die Bedeutung des signifikanten Symbols darin, dass sich um dieses Symbol zwei oder mehrere Haltungen ranken, die auf zwei oder mehrere Positionen innerhalb des sozialen Handlungsprozesses verweisen. Sie beziehen sich nach Mead (SW: 246; GA I: 297) auf zwei Bezugspunkte. Der eine ist das bezeichnete Ding und der andere ist die Reaktion auf den Umstand und auf die Bedeutung oder Idee.

Position, eingenommener Raum oder Masse Merkmale sind, die in der Kontakterfahrung als endgültige Realität der wahrgenommenen Objekte auftreten. In der Analyse werden sie ebenso wie die Kontakterfahrungen ersetzt, da die Dinge, die in der Analyse in physische Elemente aufgelöst werden, gleichbedeutend mit Kontakterfahrungen sind. Die aktuellen Kontakterfahrungen sind nicht Merkmale dieser physischen Elemente. Ihre Strukturen und Bewegungen sind nur die Voraussetzung für die Erfahrungen.

In der Phase der *Manipulation*⁷⁶ besteht das wahrgenommene Objekt primär in der Organisation der auf den Menschen bezogenen unmittelbaren Umwelt. Wahrnehmung hat hier keine andere Bedeutung als die eines Sinnesorgans in seiner Anpassung an die Umwelt, in seiner Funktion der Auswahl des Stimulus, der für die Antwort des Organismus vermittelt seiner Beziehung zum zentralen Nervensystem benötigt wird, sowie durch das Hervorrufen einer angemessenen Antwort. Das ‚Was‘ des Objekts ist dann ein Ausdruck des Ganzen, von dem Umwelt und Mensch wesentliche Teile sind. Sollte die Funktion der Wahrnehmung in ihrer Unmittelbarkeit im Wissen bestehen, muss diesem Objekt, soweit es für den Menschen vorhanden ist, eine im Menschen zu verortende Fähigkeit der Bewusstheit hinzugefügt werden. Für die Annahme einer solchen Bewusstheit spricht zum einen der reflexive Prozess, der das Wissen über das wahrgenommene Objekt zum definitiven Bestandteil der Handlung macht. Der andere Grund für diese Annahme basiert auf der Identifikation des Menschen mit sich selbst als eines sozialen Selbst (s. PA: 16f), d.h. als eines sozialen und selbstvermittelnden Objekts (s. Gillespie 2005: 33).

An anderer Stelle geht Mead (PA: 372) auf das Wesen geistiger Prozesse ein. Diese sind für ihn Fragmente einer komplexen Handlung des Menschen in Bezug auf sich selbst und in Bezug auf seine soziale Umwelt. Angesichts einer erfolglosen Handlung (wenn das morgendliche Waschen nicht wie gewohnt stattfinden konnte) stellt das innere Gespräch im Prozess der Identifikation eines Objekts und einer Korrektur unserer Haltung eine Handlungsform dar, die wie alle anderen Handlungsweisen unmittelbar gegeben ist. In Bezug auf das Objekt ‚zu waschender Körper‘, welches analysiert und rekonstruiert wird, ist es eine vermittelnde Handlung, bei der die Vorstellungen vergangener und zukünftiger Handlungen das Erfahrungsfeld bestimmen. Dieses steht in scharfem Kontrast zur umgebenden Welt der wahrgenommenen Objekte. In reflektierenden Prozessen befinden sich die Objekte und deren Inhalte genauso wie jene der unmittelbaren Erfahrung in einer sozialen Umwelt. Die Abhängigkeit zwischen Umwelt und Mensch ändert sich durch das Aufkommen des Selbst als Objekt in der Erfahrung insofern, als diese dann in die Kontrolle übergeht, die der Mensch über seine Umwelt ausübt. Mead (PA: 373) hebt zwei Phasen dieser Kontrolle hervor: einmal die *Erinnerung*. Hierbei können wir geistige Vorstellungen in uns aufrufen (unterschiedliche Situationen des morgendlichen Waschens). Diese Vorstellungen können wir sowohl bezogen auf die Analyse des Objekts (zu waschender Körper) als auch hinsichtlich der komplexen Antwort auf das Objekt (wie wir ihn waschen wollen) kontrollieren und zwar durch den Platz, den das Selbst aus der Vergangenheit in die ‚trügerische‘ Gegenwart hinein verlängert. Die zweite Phase besteht in den Antworten, die zu den vielschichtigen Handlungen gehören und die aufgrund der verzögerten Handlung nun auf die neuen in der sozialen Umwelt auftauchenden Objekte antworten können. Diese Antworten begründen die *Bedeutung der Objekte*, sofern sie durch signifikante Symbole beim Handeln angezeigt wurden. Sie werden als Ideen bezeichnet.

⁷⁶ In dem Aufsatz ‚*Concerning Animal Perception*‘ geht Mead (s. Joas 1989: 148) der These nach, dass der Umgang der menschlichen Hand mit den Gegenständen jenen identischen Kern liefert, auf den die flüchtigen und vielfältigen Reize der anderen Sinne adjektivisch bezogen werden. Ein solcher stabiler Kern sei für die Verknüpfung von Reizen nötig, auf den alle Wahrnehmungen bezogen werden können. Er finde sich nur in den Kontaktwahrnehmungen. Ein permanenter Raum, so Mead, werde konstituiert durch den Bezug aller Distanzerfahrungen auf die Kontakterfahrung. [...] Das Ding konstituiert sich also, wenn die Hände und die Augen kooperieren; wenn die Augen das betrachten, was die Hände ergreifen und wenn die Hände nach dem greifen können, was die Augen erspäht haben. Nach Mead (2001a: 67; GA I 1987: 155) ermöglicht die Wechselwirkung von Distanz- und Kontaktsinnen erst die Entwicklung der Raumwahrnehmung. [...] Die Wahrnehmung setzt eine fortlaufende Kontrolle eines Organs wie des Auges durch ein Organ wie der Hand voraus und umgekehrt. Wir sehen, weil wir etwas handhaben, und wir sind in der Lage, etwas zu handhaben, weil wir sehen. Die Aufmerksamkeit besteht in dieser wechselseitigen Kontrollbeziehung zwischen den Vorgängen von Reiz und Reaktion, die sich gegenseitig steuern (GAI: 156; Mead a 2001: 64). [...] Die menschlichen Hand hat für die Wahrnehmung eine vermittelnde Funktion innerhalb der organischen Handlungen (GAI: 157; Mead 2001a: 64).

Während in der unmittelbaren Erfahrung eine unbegrenzte Anzahl von Objekten in der Natur erscheinen, treten neue Objekte in der reflektierenden Erfahrung nur durch die Interaktion von Mensch und Umwelt über die Vermittlung des Selbst als Objekt auf.

Mead (PA: 375f) beschreibt eine weitere für den Reflexionsprozess wichtige Phase. Dies ist die Einheit des analysierten oder mannigfaltigen Felds der Umwelt und jener Reaktionen, die die verzögerte Handlung aus der Organisation der früheren Handlungen freigesetzt hat. Das Umfeld, in dem sich der handelnde bzw. reflektierende Mensch bewegt und innerhalb dessen schließlich die Handlung (die Neuorganisation des morgendlichen Waschens) vollzogen wird, enthält auch die Bedingungen für die Lösung in Bezug auf das zu bewältigende Problem. Die Einheit der Umwelt besteht in der Organisation der Bedingungen für die Lösung des im Raum stehenden Problems. Diese Einheit erscheint in der Erfahrung durch das Selbst und im Selbst als Objekt. Der Mensch und seine Umwelt bedingen sich gegenseitig, d.h. die Einheit entsteht im Handeln durch das Selbst.

Bezogen auf Denkprozesse unterscheidet Mead zwei Arten von Objekten: Vorstellungen (imagery) und Ideen. Die Vorstellungen eines Menschen vom morgendlichen Waschen sind ebenso wie die Ideen, die er damit verbindet, an ihn gebunden. Nach Mead (PA: 377) unterscheiden sich die Inhalte beider Objektarten substantiell nicht von anderen Objekten der Erfahrung. Die Inhalte von Vorstellungen finden sich in den Objekten der unmittelbaren Erfahrung, wohingegen die Inhalte der Ideen in den wahrgenommenen Objekten als ihr Wesen aufscheinen. Sie unterscheiden sich von anderen Objekten durch ihre Zugänglichkeit. Sie gehören wie andere körperliche Phänomene, z.B. Schmerz, zum jeweiligen Menschen. Im Handlungsprozess, d.h. für die Phase der Wahrnehmung und der Manipulation, sind beide Objektarten von Bedeutung, insofern sie diese strukturieren. Bezogen auf das Beispiel des Waschens lenken im ersten Fall unsere Vorstellungen vom Waschen unser Tun, ohne dass wir darüber nachdenken, wir tun es einfach. Im zweiten Fall, wo die Idee des Waschens besteht, ist das Waschen als solches aber noch nicht realisiert. Der Mensch, der diese Idee hat, gestaltet beim Denken daran, das Handlungsfeld des Waschens (z.B. heiße Badewanne, Kerzenlicht, Zusatz, angenehme Musik etc.). So gesehen ist die Idee, die ein Mensch in einer spezifischen Situation mit dem Waschen verbindet an diesen gebunden. Dies ist wichtig für die Pflege, da pflegerisches Handeln auf Dinge bezogen ist, die an die Person des einzelnen Menschen gebunden sind. Auch wenn Vorgänge wie das Körperwaschen, die Methodik, verallgemeinerbar sind, ist die Bedeutung, die dem Waschen des eigenen Körpers beigemessen wird etwas sehr Persönliches.

Die letzte Phase ist die des **Handlungsvollzugs**. Der Vollzug setzt Kontakterfahrungen mit dem wahrgenommenen Objekt voraus, dessen wahrnehmbare Wirklichkeit so begründet wird und die sich zwischen die beginnende Handlung und deren Vollendung schiebt. Wir sehen zum Beispiel mit Blick auf das morgendliche Waschen die Dusche, sie regt uns an, uns zu duschen. Was das Duschen aber ausmacht, erfahren wir erst in dem Moment, wo wir unter der Dusche stehen. Zur Erfahrung des Duschens gehört das Wahrnehmen der Dusche, der Seife, der Temperatur des Wassers, die visuelle Erfahrung ebenso wie der Vorgang des Duschens selbst, also die Vollendung des Duschens. Beides gehört zu den Merkmalen des Dings/Objekts ‚Duschen‘ (s. PA: 23f).

Mit Blick auf die Pflege kommen dem Körper, also den körperlichen Zuständen (wie Wohlbefinden, Unwohlsein, Leiden) und den menschlichen Fähigkeiten als Objekten des auf sich selbst oder auf einen anderen Menschen bezogenen Handelns eine wichtige Rolle zu. Physische Objekte – so auch der Körper – entstehen laut Mead durch Manipulation. Durch Manipulation mit der Hand können wir die Dinge erfassen. Wichtiger ist jedoch das instrumentelle Wesen der manipulativen Erfahrung. Diese besteht darin, dass die Handlung durch eine zeitliche Pause unterbrochen und nicht einfach vollendet wird. Die Unterbrechung der Handlung infolge des Kontakts mit der Hand kann der Beginn eines komplexen Prozesses sein, in dem das physische Ding als etwas erscheint, das die gesamte Handlung vermittelt. Die Unterbrechung gestattet das Aufkommen widerstreitender Antworttendenzen innerhalb einer Handlung. Die kritische Bedeutung dieser Phase zeigt sich darin, dass wir

sehr früh das Distanzfeld mittels der Haltungen des manipulativen Kontakts erfahren, was Mead am Beispiel eines Hammers veranschaulicht. Er sagt, dass wir bevor wir einen Hammer in die Hand nehmen, diesen schon mit der Haltung bzw. dem Wissen erfassen, was wir mit ihm tun können bzw. wollen, etwa einen Nagel einschlagen. Was wir mit dem Hammer tun wollen, bestimmt unsere Handlungslinie und somit unser Verhalten. Dieser Prozess entsteht im zentralen Nervensystem, indem dieses die Reaktion auf das Distanzobjekt kontrolliert und damit teleologisch den Charakter der Handlung bestimmt (s. PA: 24). Wir sehen physische Dinge, d.h. die initiierten manipulativen Antworten im Distanzstimulus, der uns zum Handeln anregt. Die wachgerufene zukünftige Handlung hat, solange sie nicht ausgeführt wird und sich in der Realität bewährt, hypothetischen Charakter. Die experimentelle Methode ist im einfachsten Prozess der Wahrnehmung eines physischen Dings enthalten. In diesem Sinne liegt die Zukunft immer in der Handlung. Auch die Vergangenheit ist als Möglichkeit und Vertrautheit mit dem Ergebnis vergangener Reaktionen in der Handlung enthalten. Das physische Objekt unterscheidet sich vom Stimulus dadurch, dass es auf eine hypothetische, zukunftsbezogene Durchführung eines initiierten Prozesses verweist. Dieses Objekt wird mittels Kontakterfahrungen getestet. Die das Individuum umgebende Welt besteht aus einem Satz solcher Hypothesen, indem sie aus physischen Objekten besteht. Die Sicherheit, die aufgrund ihrer Möglichkeiten und der Vertrautheit mit ihnen entsteht, konstituiert sie als Objekte, die vorhanden sind. Hierbei handelt es sich um eine vorläufige Sicherheit, die jederzeit erschüttert werden kann (s. PA: 25).

Menschliche Handlungsweisen können auf höchst unterschiedliche Weise dargestellt werden. Mit Blick auf die Pflege soll eine weitere beschrieben werden, diesmal in Bezug auf das Essen. Ausgangspunkt der Betrachtung der hiermit verbundenen Handlungen ist das Hungergefühl, die Empfindung der Anstrengungen beim Greifen nach etwas, das uns anzieht, unsere Vorstellung, der Geruch oder Geschmack und die Freude über das Essen, wenn es schließlich gegessen wird. Bei diesen Handlungen haben wir es mit Phasen zu tun, die zusammen mit der durch Sinnesprozesse hervorgerufene Erregung des Zentralnervensystems als Bewusstseinszustände dargestellt werden können. Die Phasen sind jeweils das Ende der verschiedenen Teile einer Gesamthandlung. Sie sind **Bedarf/Bedürfnis (want), Interesse, Befriedigung**. Sie verkörpern alle **Werte**. Bezogen auf die Handlungen sind sie keine gleichgültigen Mittel. Sie erscheinen in der Erfahrung, mehr oder weniger verkörpert in Dingen. Wir lokalisieren das Hungergefühl im Magen, der sich bemerkbar macht. Beim Hungergefühl haben wir es anders als beim Körper oder anderen physischen Objekten nicht mit einem wahrnehmbaren Ding zu tun, dessen Existenz wir mit unseren Händen spüren können. Die Realität des Hungergefühls kann fortbestehen, während sein Wert verschwindet. Aus der Perspektive der Handlung des Essens sind **Bedarf/Bedürfnis, Interesse, Befriedigung** Objekte mit Werten, die zur vollziehenden Phase der Handlung gehören. In Gestalt dieser Werte können wir die Handlung analysieren. Der Bedarf bzw. das Bedürfnis, ausgedrückt im Hunger, das *Interesse*, das den Mitteln der Sicherstellung von Nahrung anhaftet und die *Befriedigung* durch die Nahrung selbst sind drei Phasen der Handlung des Essens. Bedarf/Bedürfnis, Interesse und Befriedigung schließen den gesamten Prozess in sich ein und verkörpern diesen jeweils in einer bestimmten Phase. In dieser Hinsicht sind sie nicht zusammengesetzte Teile der Handlung, obwohl die verschiedenen Phasen Teile des Ganzen als Prozess sind. In der Erfahrung wie im Leben als Entität, erscheint das Ganze in seinen Teilen (PA: 452ff).

Mead betont in seinen Arbeiten immer wieder die Einheit des Handelns. Die beschriebenen Phasen des Handlungsprozesses müssen als Ganzes gesehen werden. Wie eingangs erwähnt, unterscheidet Mead verschiedene Formen des Handelns. Das Selbst taucht erst beim reflektierenden Handeln, d.h. beim Denken im Bewusstsein des handelnden Menschen auf. Erkenntnis und Denken als Teil des kognitiven Prozesses sind nach Mead (PP: 37f) rekonstruktiv. Die Fähigkeit zur Rekonstruktion ist für das menschliche Handeln wesentlich. Sie ist mit Veränderung verbunden, die Mead immer im Kontext des fortwährenden Lebensprozesses im Sinne der Selbsterhaltung sieht. Intelligenz stellt hierbei nur einen Aspekt der Veränderung dar. Ihre Eigentümlichkeit besteht in einer wechselseitigen Anpassung sowie in einer Anpassung innerhalb des Organismus und in einer Wiederher-

stellung der Umwelt. Die sogenannte ‚bewusste Intelligenz‘ hingegen entsteht innerhalb dieses Prozesses. Mead schreibt (PP: 37f)

„[...] Bewusstsein ist beides, die Differenz, die in der Umwelt aufgrund ihrer Beziehung zum Organismus bei seinen organischen Prozessen der Anpassung entsteht und die Differenz im Organismus aufgrund der in der Umwelt entstandenen Veränderungen. Ersteres bezeichnen wir als Sinn (meaning), zweites als das Bilden von Ideen bzw. Begriffen/Vorstellungen (ideation)“.

Mead geht auf die verschiedenen Phasen der Handlung immer wieder aus verschiedenen Perspektiven ein und untersucht hierbei die Rolle und Funktion des Selbst. Im nächsten Abschnitt soll die Aufmerksamkeit auf die beiden Aspekte des Selbst, auf das ‚I‘ und ‚Me‘ als Phasen im Handlungsprozess gelenkt werden. Hierbei ist vor allem das ‚Me‘ für das Verständnis des Selbstkonzepts wichtig.

3.3.3 ZUM ‚ME‘, DEM ‚SELBST ALS OBJEKT‘ UND ZUM ‚I‘, DEM ‚SELBST ALS SUBJEKT‘

Wie unter Pkt. 3.2.2 beschrieben, ergeben die Gesellschaft oder die gesellschaftlichen Gruppen, denen der Mensch angehört, mittels des ‚generalisierten Anderen‘ die Einheit seines Selbst (MSS: 154; GIG 196). Bezogen auf das menschliche Handeln unterscheidet Mead (MSS: 166; GIG: 209) ganz allgemein zwischen subjektiven und reflektierenden Erfahrungen. Beide zeichnen sich zunächst einmal dadurch aus, dass nur der Einzelne selbst Zugang zu ihnen hat. In dem Moment aber, wo die Ergebnisse unserer Reflexion anderen mündlich oder schriftlich mitgeteilt werden, sind sie öffentlich. In eine ähnliche Richtung weisen unsere Gedächtnisbilder oder unsere Vorstellungskraft. Diese Objekte werden gewöhnlich mit dem Bewusstsein und dem Denken in Verbindung gebracht. Gemeinsam ist ihnen allen, dass sie während bestimmter Phasen im Handlungsprozess nur dem Einzelnen zugänglich sind. Die Struktur des Selbst entsteht im sozialen Handeln und das Selbst unterscheidet sich von subjektiven Erfahrungen (MSS: 166f; GIG: 209). Wie bis hier deutlich geworden sein sollte, tritt die Funktionsweise des Selbst beim kooperativen Handeln deutlich zu Tage. Hierbei ist der Mensch in seiner Auseinandersetzung mit Anderen eine Reizquelle für seine Interaktionspartner. In einer privaten oder beruflichen Pflegesituation, muss der Pflegende sein Handeln, um erfolgreich zu sein, auf andere Menschen ausrichten. Dabei muss er auch seinen eigenen Handlungsweisen Aufmerksamkeit schenken, da diese den zu Pflegenden und die anderen Beteiligten zu Reaktionen herausfordern können und damit zu Bedingungen für die Fortsetzung seines eigenen Handelns werden. Für die Bewältigung solcher Situationen ist ‚Selbstbewusstsein‘ funktional erforderlich (s. Joas 1992 b: 34). Dieses Bewusstsein von sich Selbst, d.h. Selbstbewusstsein, unterscheidet sich laut Mead (MSS: 169; GIG: 209) vom Bewusstsein⁷⁷, z.B. dem Bewusstsein von etwas wie bspw. der Erfahrung des Schmerzes⁷⁸. Das Selbstbewusstsein hingegen bezieht sich auf das Erkennen des Selbst als Objekt, was mittels Rollenübernahme geschieht. Selbstbewusstes Handeln bedeutet, dass wir in Bezug auf uns selbst so handeln, wie wir in Bezug auf andere handeln und reagieren würden.

Was nun das Handeln betrifft, bezeichnen die beiden Aspekte des Selbst, das ‚I‘ und das ‚Me‘, funktionale Unterschiede (s. Aboulafia 1993: 151). So können wir den als ‚I‘ bezeichneten Teil unseres Selbst niemals beim Handeln beobachten, sondern nur das ‚Me‘ (s. MSS: 174; GIG: 217). Das ‚I‘ ist die Quelle für unser Bewusstsein von einem ‚Me‘ (s. Aboulafia 1993: 151). Wie Baldwin (2002: 116) betont, kippt das Handeln des ‚I‘ fortwährend in die Vergangenheit um. Hier können wir es aus der Erinnerung des vorherigen Moments wiederum als Teil des ‚Me‘ beobachten. In der Erinnerung ist das ‚I‘ als ‚Me‘ ständig in der Erfahrung präsent. Folglich

⁷⁷ Laut Mead ist der Begriff ‚Bewusstsein‘ (s. SW: 271, GA I 303f) mehrdeutig (s. auch Fussnote 23 in diesem Kapitel). Er verweist auf Bewusstheit (awareness) und auf Bewusstsein von etwas (consciousness of something). Weiter diskutiert er immer wieder unterschiedliche Bewusstseinszustände wie automatische Reaktion bzw. reflexhaftes Verhalten, die unbewusste Einstellung auf einen Anderen, das Erleben einer unmittelbaren Situation (s. MSS: 194f; GIG: 238)

⁷⁸ Mead (MSS 169f; GIG: 212f) beschreibt Techniken, die ein Mensch im Umgang mit Schmerz nutzen kann, wie z.B. das Einnehmen einer objektiven Haltung, indem er sich außerhalb der Situation stellt, sie einschätzt und beurteilt. Diese Technik, sich selbst von der Erfahrung zu distanzieren, kann so weit getrieben werden, dass eine bestimmte Erfahrung wie Schmerz oder eine emotionale Erfahrung, nicht mehr vorhanden ist und nur in ganz bestimmten Situationen und Bedingungen wieder im Selbstbewusstsein auftaucht.

verweist das ‚Me‘ immer auf das reflektierte Selbst. Über den Mechanismus der Rollenübernahme kann der Mensch im Rahmen seiner Sozialisation das ‚Me‘ bzw. unterschiedliche ‚Me‘ entwickeln. Diese ‚Me‘ entstehen, indem der Mensch in unterschiedlichen Gruppen und Kontexten handelt, wobei er jeweils die Haltungen Anderer übernimmt. Mit Blick auf die selbstbezogene Pflege sind es zunächst die Vorstellungen, Normen, Handlungsweisen der Eltern und wichtiger Bezugspersonen (s. Pkt. 3.2.2). Bezogen auf die berufliche Pflege übernimmt die Gesundheits- und Krankenpflegerin die Haltung der LehrerInnen, die sie in der Ausbildung erlebt hat, sowie die im vermittelten Wissen verkörperten Ideen, die Haltungen des Teams, in dem sie arbeitet, sowie die in der Berufsgruppe verkörperten Vorstellungen, Normen, die Haltungen der Ärzte, der anderen Gesundheitsberufe etc. Die Übernahme der Haltungen aller Anderen, mit denen sie im Laufe des Lebens zu tun hat, konstituiert ihre ‚Me‘s, derer sie sich bewusst ist (MSS: 175; GIG: 218). Über Selbstreflexion bzw. Selbstbeobachtung ist es ihr möglich, das Selbst als Objekt (als Me) offenzulegen. Aus den Schlussfolgerungen unserer Selbstbeobachtung kann auf die Aktivitäten und Fähigkeiten des ‚I‘ geschlossen werden. Das ‚I‘ als solches ist nicht fassbar. Das ‚I‘ und das ‚Me‘ dienen bezogen auf den Menschen und bezogen auf die Gesellschaft unterschiedlichen Funktionen. Das ‚I‘ ist die Quelle von Spontanität, Innovation und schöpferischem Handeln (s. auch Joas 1992a). Es ist die Quelle unerwarteter, emergenter kreativer Handlungen, die für die Gesellschaft wertvoll und neu, aber auch nutzlos und schädlich sein können (Baldwin 2002: 117f). Im ‚I‘ reagiert der Mensch in Bezug auf die Haltung der Gesellschaft, organisiert im ‚Me‘, je danach wie diese ihm in seiner Erfahrung erscheint. Seine Antwort auf die organisierte Haltung der Gesellschaft beeinflusst wiederum diese. Laut Aboulafia⁷⁹ (1993: 151) können wir uns diesen Sachverhalt wie folgt vorstellen. Viele unserer Erfahrungen erfolgen in einem ‚in-betweenness‘ systemischer Transformationen, was Mead als Sozialität⁸⁰ bezeichnet. Dieses ‚in-betweenness‘ ist zugleich der Raum, wo Neues entstehen kann. So kann sich eine Gesundheits- und KrankenpflegerIn in Bezug auf eine bestimmte pflegerische Situation etwa überlegen, wie sie diese angehen möchte. In Gedanken spielt sie die Situation durch, indem sie sich aus der Sicht derer sieht, die ihr ein berufliches Selbst vermitteln (also des Pflgeteams, der Berufsgruppe, der Gesellschaft). In Gedanken reagiert sie auf jene, die in ihrem beruflichen ‚Me‘ zum Ausdruck kommen. Ihre tatsächliche Handlung aber, ausgedrückt im ‚I‘, bleibt ungewiss und kann erst im Nachhinein in Form eines Gedächtnisbildes und darüber als Teil des ‚Me‘ bewertet werden. Das ‚I‘ in seiner Beziehung zwischen dem ‚I‘ und dem ‚Me‘ ist etwas, das auf die soziale Situation reagiert, die in der Erfahrung des Menschen vorhanden ist. Es reagiert auf die von ihm unterstellten Antworten der Anderen in dieser Situation. Diese sind ihm in der Erfahrung gegenwärtig, wohingegen ihm seine tatsächliche Reaktion nicht präsent ist. Genau hierin besteht die Freiheit oder auch Initiative des ‚I‘. In einer sozialen Situation, sind wir in der Lage, selbstbewusst zu handeln. Wie oben angedeutet, wissen wir aber immer erst im Nachhinein, wie die Handlung tatsächlich ausfällt (MSS: 178, GIG: 221). Das ‚I‘ ist zukunftsgerichtet, etwas, was dem ‚Me‘ nicht gegeben ist. Das ‚I‘ und das ‚Me‘ sind zwei getrennte Phasen im Handlungsprozess, auch wenn sie als Teile des Ganzen zusammengehören. Das ‚Me‘ ruft eine bestimmte Art des ‚I‘ hervor, um die in der Situation gegebenen Verpflichtungen z.B. der Pflege erfüllen zu können. Das ‚I‘ unterscheidet sich von dem, was die Situation selbst erfordert. ‚I‘ und ‚Me‘ sind nicht gleich (MSS: 178; GIG: 221).

Unsere Verhaltensannahmen beim Handeln sind nach Mead immer Konstruktionen, die auf begrenztem Wissen basieren und die uns aufgrund von neuen Erfahrungen zu einer Rekonstruktion unserer aufgrund vergangener und zukünftiger Ereignisse gemachten Vorstellungen führen können (MSS: 177; GIG: 220; Baldwin 2002: 117). Der anhaltende Dialog zwischen dem ‚I‘ und dem ‚Me‘ in Form symbolvermittelter Kommunikation und Rollenübernahme im Handeln oder im inneren Dialog ist die Basis für eine Veränderung. Mead ist sich jedoch darüber im Klaren, dass sich grundlegende Haltungen nur graduell verändern und dass kein Mensch die ganze Ge-

⁷⁹ Martin (2006: 71) stellt den gleichen Sachverhalt folgendermaßen dar: Es gibt 1. ein Me, das basierend auf den Perspektiven Anderer aus vergangenen Erfahrungen besteht, und es gibt 2. ein I, das auf das Me und die gegenwärtige Situation im Sinne einer vorgestellten Zukunft reagiert, in der das Me ein restrukturiertes ist. Meads Unterscheidung zwischen I und Me verweist auf die Zeitlichkeit und Sozialität, auf denen die Handlungsfähigkeit (agency) beruht.

⁸⁰ Mead führt diese Gedanken ausführlich in dem Buch PA aus.

sellschaft reorganisieren kann. Der Mensch kann aber sein Handeln durch die Haltung, die er gegenüber der Gruppe einnimmt ebenso ändern, wie er Einfluss auf die Gruppe nehmen kann. Wichtig in diesem Zusammenhang ist unsere Fähigkeit zum Denken. Sie ist ein Spiel mit sprachlichen Symbolen. Hierdurch haben wir die Möglichkeit, Dinge bzw. Situationen zu verändern (MSS: 182). Bezogen auf die Pflege können etwa pflegetheoretische Ansätze den Pflegenden gedankliche Instrumente an die Hand geben, mit Hilfe derer sie pflegerische Situationen aus verschiedenen Perspektiven betrachten und die konkrete Pflege anders als gewohnt gestalten können

Erst wenn wir uns unserer selbst bewusst sind, haben wir die Möglichkeit uns in einer Gesellschaft zu behaupten und uns für eine Sache zu engagieren. Hierzu ist es erforderlich, dass wir uns mittels der Verinnerlichung der in der Gesellschaft verkörperten Haltungen, Normen, und Regeln auf die Gesellschaft beziehen, auf sie reagieren und so Veränderungen herbeiführen (MSS: 192; GIG: 326). Allerdings sind uns diese Veränderungen nicht immer bewusst. Ein deutliches Beispiel für solche unbewussten Veränderungen ist der Gebrauch der Sprache oder die Übernahme von Modetrends. Eine andere Situation liegt vor, wenn wir in den verschiedenen gesellschaftlichen Situationen uns der Rollen (z.B. Tochter, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Freundin) oder institutionellen Funktionen, die wir beim Handeln in Bezug zu Anderen einnehmen, bewusst sind und diese Erkenntnis im weiteren Verlauf zur Behauptung unseres Selbst nutzen (MSS: 193; GIG: 237). In diesen Rollen/Funktionen wissen wir, was wir von den jeweils Anderen, d.h. der Mutter, dem zu Pflegenden, der Freundin erwarten können. In diesen Rollen/Funktionen sind wir zu einem ganz bestimmten Selbst geworden. (MSS: 193/4; GIG: 238). Wir können in diesen Zusammenhängen das Selbst aus verschiedenen Standpunkten betrachten: vom Standpunkt des ‚I‘, etwa der Gesundheits- und Krankenpflegerin Lisa Müller, und von dem Standpunkt des ‚Me‘. In diesem Fall repräsentiert das ‚Me‘ die Gruppe der Haltung des generalisierten Anderen, d.h. des Teams, der Berufsgruppe oder der Gesellschaft. Es geht hier um das zwischen dem einzelnen Menschen und der Gesellschaft bestehende Spannungsverhältnis. In jedem kooperativen Prozess ruft der Einzelne eine Reaktion der anderen an diesem Prozess beteiligten Menschen hervor. Insoweit diese Reaktionen nun im Einzelnen hervorgerufen werden können, so dass er darauf reagieren kann, haben wir jene Inhalte, die das Selbst, den Anderen und das ‚I‘ konstituieren. Wir können uns selbst nur insoweit realisieren, als wir den Anderen in seiner Beziehung zu uns anerkennen. Indem der Einzelne die Haltung des Anderen einnimmt, ist er in der Lage sich als ein Selbst zu realisieren (MSS: 194; GIG: 237f). In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass sich der Mensch nicht in allen Situationen des menschlichen Handelns seiner selbst gewärtig ist. Tritt aber das Selbst in der Erfahrung auf, tritt es im Verhältnis zu jemandem auf (MSS: 195; GIG: 239). Um Selbstbewusstsein zu haben, muss man die Haltung der Anderen verinnerlicht haben, als Kontrolle der eigenen Handlungen. Was in der unmittelbaren Erfahrung des eigenen Selbst bei der Übernahme der Haltungen Anderer erscheint, nennen wir das ‚Me‘ (MSS: 196; GIG: 240).

Der bisher beschriebene Zusammenhang gilt für Frauen und Männer, da beide über den Prozess der Sozialisation historisch in der Gesellschaft verortet sind. Diese Gesellschaft wird wie sie selbst sozial hervorgebracht und aufrechterhalten. Eine optimale Entwicklung des Selbst (s. Seigfried 1996, Keith 1999, Aboulafia 1993, 2001) beinhaltet die zunehmende Fähigkeit, größere und komplexere Gruppen von Anderen zu verstehen, von der Familie, über Kleingruppen bis hin zu Organisationen und internationalen Gruppen⁸¹. Mit Blick auf die gesellschaftliche Rolle der Frauen weist Deegan (1987: 4f) auf das Problem der sozialen Desorganisation hin. Dieses tritt immer dann auf, wenn zwischen Selbst und Gesellschaft hinsichtlich des Verhaltens und der Definition von Situationen keine Übereinstimmung besteht. Dies kann auf verschiedenen Ebenen Konflikte erzeugen. Eine solche Situation kann aber auch Innovationen auslösen und Veränderungen bewirken. So bieten sich ändernde Definitionen bzgl. der Rolle der Frau Chancen zu Veränderungen und damit Möglichkeiten, vorherrschende soziale Konstruktionen des weiblichen Lebenszusammenhangs zu verändern (Deegan 1987: 5f). In diesem Zusammenhang ist

⁸¹ Mead (1927) sprach hier von ‚international-mindedness‘ (internationaler Aufgeschlossenheit bzw. Gesinnung, s. auch GA II; 458ff, SW: 355ff).

weiter zu sehen, dass Meads Vorstellung vom Selbst und den Anderen keine hierarchische oder vertikale Beziehung ist. Es geht ihm um Partizipation und Inklusion und weniger um Dominanz und Exklusion (s. auch Aboulafia 1993, 2001). Unter Bezugnahme auf die soziale Hervorbringung von Sprache und Gedanken hat Mead immer wieder betont, dass Männer und Frauen ihre Welten so strukturieren, dass die Unterschiede zwischen den Geschlechtern als kontinuierlich erscheinen. Dies muss aber nicht sein. Ihnen steht auch die Möglichkeit offen, bestehende Verhältnisse zu verändern. Wie schon erwähnt, setzte er sich selbst aktiv für die Veränderung traditioneller Geschlechterrollen⁸² ein (s. Deegan 1988: 209ff). Laut Deegan (2008: 307ff) ist Mead sich der unterschiedlichen Rollen in institutionalisierten Handlungssituationen wie zwischen Pflegekraft und Patient (oder zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer) durchaus bewusst, wie auch des Umstands, dass das Zusammenwirken dieser aufeinander bezogenen Rollen/Funktionen nicht nur harmonisch verläuft, sondern aufgrund unterschiedlicher Interessen auch konfliktuell sein kann⁸³.

Was für ein Selbst wir sind, erfahren wir im Wesentlichen über das ‚Me‘ als der Organisation der Menschen und Gruppen, mit denen wir uns umgeben. Unser Selbst entsteht innerhalb der Beziehungen, die wir mit den Menschen im Laufe unseres Lebens eingehen. Wir werden uns unseres Selbst einmal bewusst als Tochter, als Schwester, als Mitglied des Sportvereins X, als Angestellte des Krankenhauses Y, Bürgerin der Stadt Z etc., zum anderen aber auch vom Standpunkt des reflexiven Denkens. Die größte Gemeinschaft, in die der Mensch eintauchen kann, ist die der Gedankenwelt (s. MSS: 200; GIG 244). Wer man ist und wer man sein könnte, wird demnach durch die sozialen Beziehungen, sozialen Gruppen oder auch Welten, in denen man sich bewegt, mit bestimmt. Dieses ist mit Blick auf die verschiedenen Formen des pflegerischen Handelns wichtig, da das Beziehungsnetz und die sozialen Welten den Möglichkeitsraum für die pflegende und die zu pflegende Person bilden, ihr jeweiliges Handeln begrenzen, es aber auch zu Innovationen anregen können. Entwicklungsprozesse in der Pflege⁸⁴ im privaten wie im öffentlichen Raum müssen demnach im Kontext dieser Beziehungen und sozialen Welten gesehen werden. Hier finden kontinuierlich Veränderungen statt, die nicht nur durch die Reaktionen des ‚Me‘, sondern durch die des ‚I‘ ausgelöst werden (MSS 202; GIG: 246). Die damit einhergehenden Veränderungen treten in der Erfahrung jedoch erst auf, wenn eine Reaktion hierauf stattgefunden hat. Erst wenn wir etwas ausgesprochen haben, erkennen wir das bestimmte Selbst, das etwas auf diese bestimmte Art gesagt hat. Wir werden uns einer Sache erst dann bewusst, wenn wir die Sache getan haben⁸⁵.

Über das ‚Me‘ sind wir in der Lage, unser Handeln selbst zu steuern und zu kontrollieren, insofern es unserem Handeln gewisse Grenzen setzt und ihm einen Rahmen gibt. Dieses wiederum ermöglicht dem ‚I‘ das ‚Me‘ als Mittel für das jeweilige Handeln oder Vorhaben zu nutzen. Beim impulsiven Handeln oder in emotional stress-

⁸² Dieser Umstand findet bspw. bei der Interpretation des Meadschen Werks durch Ingrid Jungwirth (2007) keinerlei Würdigung. Sie unterstellt, dass er die Geschlechterdifferenz zur Bedingung der menschlichen Gesellschaft macht. Dies ist mit Blick auf die biologische Reproduktion zwar richtig, trifft aber mit Blick auf die gesellschaftlichen Rollen der Geschlechter so m.E. nicht zu.

⁸³ Meads Vorstellungen wurden nicht von allen Repräsentanten des Amerikanischen Pragmatismus wie etwa Park und Burgess geteilt (s. Deegan 1988: 241). In der ‚Internet Encyclopedia of Philosophy‘ (www.iep.utm.edu/m/mead.htm) wird von George Cronk (2005) hervorgehoben, dass Meads Beschreibung sozialer Beziehungen Hinweise auf die Beziehung gibt, die in einer Gesellschaft zwischen Konsens und Konflikt besteht. Hiernach geht es weniger um die Entscheidung zwischen einem *Konsens-* oder *Konfliktmodell*, sondern vielmehr um die Beschreibung, welche Funktion Konsens und Konflikt im menschlichen Leben zugewiesen wird. Grundsätzlich lassen sich aus Meads Beschreibungen zwei Modelle ableiten. Sie sollen an dieser Stelle lediglich erwähnt werden: (1) Intra-Gruppen Konsens – Extra-Gruppen Konflikt; (2) Intra-Gruppen Konflikt – Extra-Gruppen Konsens. Beide Modelle können hilfreich bei der Analyse institutioneller pflegerischer Entwicklungsprozesse sein (s. auch Deegan 2008). Athens (2002: 30ff) bemängelt dass Meads Vorstellungen menschlichen Handelns sich primär auf das Prinzip der Sozialität beruht. Es fehle hingegen das Prinzip der Herrschaft, ein Aspekt des Handelns, der insbesondere in komplexen und institutionalisierten Handlungsformen zum Tragen komme. Beide Prinzipien gehörten zusammen, wobei insbesondere das Prinzip der Herrschaft in komplexen, institutionalisiertem Handeln überwiege.

⁸⁴ Als Beispiel kann hier etwa das Aufkommen pflegetheoretischer Ansätze angeführt werden oder all die Entwicklungen, die in der Pflegewissenschaft und in der Berufsgruppe stattgefunden haben und stattfinden.

⁸⁵ Laut Mead (MSS: 204; GIG: 248) stecken in jedem Menschen Möglichkeiten. Diese Energien sind die Möglichkeiten des Selbst, die über unsere eigene unmittelbare Präsentation hinausweisen. Wir wissen nicht, was diese sind. Sie sind in gewisser Weise die faszinierendsten Inhalte, über die wir nachdenken können, soweit wir sie erfassen.

beladenen Situationen wird das Handeln statt vom ‚Me‘ durch das ‚I‘ bestimmt. In allen Fällen reagiert der handelnde Mensch auf eine ihm sich stellende Handlungssituation und zwar in der Reaktion des ‚I‘. Diese Reaktion, d.h. wie er sich durch diese Reaktion darstellt, geht in seine Erfahrung ein. Das, was der Mensch getan hat, wozu er wie reagiert hat, wird mit seinem Selbst identifiziert, und dieses hebt ihn von einem institutionalisierten Menschen ab, d.h. von der institutionalisierten Rolle einer Gesundheits- und Krankenpflegerin, eines Patienten etc. (210f; GIG: 254). Laut Mead (MSS: 212; GIG: 256) suchen wir alle nach einer Art von Selbstdarstellung oder -verwirklichung. Wenn ein Mensch sich hierbei behindert fühlt, sucht er in der Regel nach einer Situation, die ihm die Möglichkeit gibt, seinen Beitrag zum jeweiligen Unterfangen zu leisten und nicht nur sein konventionelles ‚Me‘ zu sein. Mead kommt hier auf das Verhältnis von Routinearbeit und schöpferischer Arbeit zu sprechen. Auch wenn jeder eine gewisse Art von Routinearbeit tun muss und diese auch für die Gesundheit des Einzelnen und für die Stabilität einer Gesellschaft notwendig ist, muss der einzelne Mensch auch Möglichkeiten des Selbstaushdrucks haben. Situationen, in denen man diese Ausdrucksformen findet, scheinen besonders wertvoll zu sein. Dies sind bspw. Situationen, in denen ein Mensch selbstständig handelt, in denen er Verantwortung für etwas übernehmen kann, dies auf seine Weise erledigen und dabei seine eigenen Gedanken einbringen kann. Soziale Situationen, in denen die Struktur des ‚Me‘ so beschaffen ist, dass der Einzelne Ausdrucksmöglichkeiten für sein Selbst findet, verschaffen dem Menschen die aufregendsten und befriedigendsten Erfahrungen. Solche Erfahrungen können generell sowohl erniedrigend sein, als auch zu höheren Werten führen (MSS: 213; GIG: 257). Situationen, in denen man sich selbst gehen lassen kann, in denen die wirkliche (very) Struktur des ‚Me‘ ihre Tür für das ‚I‘ öffnet, sind günstig für den Selbstaushdruck. Das Selbst kommt in unterschiedlichen Handlungsformen zum Ausdruck, weshalb in einem weiteren Schritt auf verschiedene Handlungsformen eingegangen wird.

3.4 HANDLUNGSFORMEN UND REPRÄSENTATIONEN DES SELBST

In dem bisher Gesagten wurde deutlich, dass das menschliche Handeln unterschiedliche Formen annehmen kann. Der Verlauf des Handelns kann von Situation zu Situation und von Kontext (privater Bereich) zu Kontext (öffentlicher Bereich) höchst unterschiedlich ausfallen ebenso wie das auf sich selbst und den eigenen Körper bezogene Handeln. Hierbei kommt dem Selbstkonzept und Körperbild eine handlungsregulierende Funktion zu. Charon (2001: 80) differenziert mit Blick auf das ‚Me‘ drei allgemeine Kategorien des auf das Selbst bezogenen Handelns: Selbst-Kommunikation, Selbst-Wahrnehmung und Selbst-Kontrolle. Im nächsten Abschnitt wird der Fokus auf die Selbst-Wahrnehmung gelegt, da im Kontext dieser Arbeit das ‚Selbstkonzept‘ eine wichtige Rolle spielt. Auf die erste und die zuletzt genannte Handlungsform ist schon verschiedentlich eingegangen worden.

3.4.1 FORMEN DER SELBSTWAHRNEHMUNG ALS HANDELN IN BEZUG AUF DAS SELBST

Wie der Gang der Rekonstruktion des Meadschen Werks gezeigt hat, können wir uns in unserer Kommunikation auf uns selbst beziehen und uns auf Objekte, die für uns in der jeweiligen Situation sinnvoll sind, aufmerksam machen. Dies können bspw. andere Menschen oder Dinge, aber auch unser Körper sein (s. auch Charon 2001: 81). Während wir handeln, können wir uns unser selbst und unserer Handlungen mittels Reflexion bewusst werden und uns in Beziehung zu all dem setzen, was in einer Situation vor sich geht. Wir können über unser Handeln nachdenken, es beurteilen und uns damit identifizieren. Wir können unser Handeln mittels der Selbstwahrnehmung selbst einschätzen und bewerten, wobei dem Menschen hier der reflexive Charakter des Selbst zugute kommt. Dieser erlaubt, seine eigenen Handlungen in der Situation zu betrachten. Weiter kann der Handelnde andere in einer Situation verstehen sowie den Einfluss, den sie auf ihn auszuüben versuchen. Der Mensch kann seine eigenen Handlungen, wie sie sich in der Situation entfalten, beurteilen. Wir verstehen Situationen, in denen wir uns befinden, in Bezug auf uns selbst. Dies bedeutet, dass das Selbst uns in Situationen verankert. Es dient als Basis, von der aus ein Mensch Urteile trifft sowie zukünftige Handlungspläne in Bezug auf die vielen Objekte entwirft, die in einer Situation erscheinen. Wir können uns bildlich in Beziehung zu anderen setzen und so bestimmen, welche Folgehandlungen situationsangemessen sind.

Im Laufe der Zeit gewinnt unsere Selbstwahrnehmung laut Charon (2001: 81) eine gewisse Stabilität, insofern wir Wissen darüber gewinnen, wer wir sind und was wir imstande sind zu tun. Dieses Verständnis von uns selbst übertragen wir auf die verschiedenen Handlungssituationen. Dies versetzt uns in die Lage zu unterscheiden, wer wir in Beziehung zu den Dingen und Menschen um uns herum sind. Aufgrund unserer Erfahrungen aus früheren Interaktionen haben wir Erwartungen, wie andere sich uns gegenüber und wie wir uns ihnen gegenüber verhalten sollten, d.h. wir werden im Laufe der Zeit zunehmend mit unseren eigenen Handlungen vertrauter. Aus den über die Zeit anhaltenden Selbstwahrnehmungen entstehen Selbstkonzept, Selbsturteil und Identität, wobei letztere jeweils Aspekte des Selbstkonzepts sind.

3.4.1.1 Selbstwahrnehmung: Die Entwicklung des Selbstkonzepts⁸⁶

Das Selbst als Objekt, das ‚Me‘, entsteht in der Interaktion mit anderen Menschen über die Wahrnehmung der eigenen Person. Hierher gehören auch emotionale Erfahrungen, Vorstellungen und körperliche Empfindungen (s. Pkt. 3.2.1.1). Dabei spielt die Zeit eine Rolle, da sowohl im gegenwärtigen Handeln wie im Handlungsentwurf auf vergangene Erfahrungen zurückgegriffen wird. Bildlich gesprochen werden die einzelnen Erfahrungen entlang einer ‚Schnur unseres Selbst‘ organisiert (MSS:135; GIG: 177). Dieser ‚innere Faden‘ verleiht dem Selbst eine gewisse Kontinuität. In der Selbstreflexion repräsentiert das Selbstkonzept die verinnerlichten Haltungen anderer ‚Me‘. Nach Strauss (1993: 112) bringt der von Sozialpsychologen häufig verwendete Begriff des Selbstkonzepts die dynamische Polarität des Selbst als Subjekt-Objekt zum Vorschein. Allerdings ist dieser Begriff nicht ohne ein handelndes Selbst denkbar, dass sich selbst als Objekt Aufmerksamkeit zollt. Als ein Ergebnis der Sozialisation ist es nicht endgültig, sondern das Selbstkonzept als eine umfassende Organisation der verschiedenen Aspekte des Selbst, einschließlich der Haltungen und Handlungen in Bezug auf den eigenen Körper ändert sich aufgrund seines prozessualen Charakters entsprechend der Vielfalt der Handlungssituationen und der jeweiligen sozialen Beziehungen im Laufe der Zeit. Dennoch ist es bis zu einem bestimmten Ausmaß über die Zeit und Situationen hinweg stabil. Deshalb ist es sinnvoll, das Selbst als Objekt als Selbstkonzept zu bezeichnen, das sich von Selbst-Images unterscheidet (s. hierzu auch Turner 1968). In der Regel bleibt das Selbstkonzept, wenn andere uns überraschen oder in Bezug auf uns in einer ungewöhnlichen Art handeln, aufgrund seiner Stabilität ohne große Veränderungen bestehen. Kommt es jedoch zu einer ernsthaften Konfrontation mit jemandem, so kann dies eine größere Auswirkung auf uns haben. Ist diese Konfrontation für unser Leben wichtig, kann sie einen bedeutsamen Einfluss auf unser Selbstkonzept im Sinne einer Veränderung oder Rekonstruktion des Selbstkonzepts⁸⁷ haben (s. auch Charmaz 1991, 2000). Das Selbstkonzept ist ein ‚sich wandelnder, sich anpassender Prozess‘, der das, was wir in einer Situation tun, beeinflusst“ (Charon 2001: 82). Bezogen auf die berufliche Pflege bedeutet dies, dass das berufliche Selbstkonzept aus den verschiedenen Beziehungen der Pflegekraft zu den Patienten, Kollegen, Angehörigen anderer Berufsgruppen usw. resultiert, und das heißt, aus den Haltungen der Berufsgruppe, also den von ihr allgemein akzeptierten Normen und Werten, aber auch aus denen anderer relevanter Gruppen wie Ärzte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter oder Theologen (Mischo-Kelling 2001a).

Der Mensch ist eingebunden in ein Netz von Beziehungen zu anderen Menschen. Welche Beziehungen für sein jeweiliges ‚Me‘ von Bedeutung sind und welche nicht, bestimmt er aber selbst. Die Summe der in einer Gruppe oder Gesellschaft vorherrschenden Haltungen werden, wie erwähnt, als ‚generalisierter Anderer‘ bezeichnet. Nicht alle ‚Me‘s werden zu einem mehr oder weniger einheitlichen Selbstkonzept organisiert, sondern nur diejenigen, die für das jeweilige Handeln von Bedeutung sind. Die Organisation der einzelnen ‚Me‘ zu einem Selbstkonzept ist erforderlich, um Handlungsfähigkeit zu ermöglichen. Die unterschiedlichen Haltungen gehen in das

⁸⁶ Shibutani (1991: 61) behauptet, dass das Wort Selbstkonzept implizit in Meads Werk enthalten sei. Mead selber habe immer den Begriff ‚self‘ verwendet und sich nicht auf ‚self-concepts‘ bezogen, sondern auf Prozesse der ‚Selbstkontrolle‘.

⁸⁷ Die Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf das Selbstkonzept und auf die Identitäten eines Menschen sind seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gut untersucht worden (s. bspw. die Arbeiten von Strauss et al. 1985, Corbin/Strauss 1988, Corbin 2003, Charmaz 1991, 1997, Rosenfeld/ Faircloth 2004). Die Folgen von Pflegebedürftigkeit auf das Selbstkonzept sowie auf soziale und personale Identitäten sind hingegen ein noch zu beforschendes Feld.

Selbstkonzept ein und werden im Handeln wirksam, da der jeweilige Mensch sein Handeln an ihnen ausrichtet, d.h. auf sie reagiert.

Beim Selbstkonzept handelt es sich laut Shibutani (1991: 63f) um ein abstraktes Objekt, dessen Bedeutung vom Standpunkt des Handelns zu verstehen ist. Die Bedeutung eines Objekts erschließt sich am ehesten über Verhaltensmuster in spezifischen Situationen. Mead zufolge nehmen Menschen vertraute Objekte in Form einer Hypothese und in der Erwartung dessen wahr, was im Umgang mit ihnen passiert, und handhaben sie entsprechend. In diesem Sinne besteht die Bedeutung des Selbstkonzepts aus den Verhaltensdispositionen, die auf Hypothesen (Glauben und Annahmen) basieren, die ein Mensch von sich selbst hat. Alle Hypothesen über sich selbst wie auch in Bezug auf Objekte sind nach Shibutani (1991: 64) Produkte unserer Erfahrung. Ihm zufolge handelt jeder Mensch, als ob er oder sie ein ganz bestimmter Mensch sei. Beim Selbstkonzept handelt es sich mithin um ein höchst komplexes Phänomen.

3.4.1.2 Selbstwahrnehmung: Selbstbeurteilung, ein Aspekt des Selbstkonzepts

Nach Charon (2001: 82) beinhaltet unsere Sicht auf uns selbst Urteile über uns selbst, indem wir uns loben, beschimpfen oder Dinge ablehnen, die wir tun, oder wie wir sind, was wir tun und wer wir sind (s. auch Strauss 1993: 111). Hier geht es um das, was auch als Selbstwertschätzung bezeichnet wird. Dazu müssen wir den Zusammenhang zwischen unserer Selbstbeurteilung und den sozialen Interaktionen verstehen. Shibutani (in Charon 2001: 83) hat darauf hingewiesen, dass der Mensch mittels Rollenübernahme in der Lage ist, sich selbst als Objekt in Bezug darauf zu visualisieren, ob andere Menschen Gefühle des Respekts, der Bewunderung oder gar der Abscheu ihm gegenüber hegen. Begegnen uns andere Menschen mit Ehrerbietung oder mit Ablehnung, dann können wir dies für selbstverständlich halten, in dem Sinne, dass wir es zu verdienen glauben. Solche Einschätzungen können sich unabhängig von den Antworten anderer Menschen bilden. Nicht alles, was andere über uns sagen, denken und in ihrem Verhalten uns gegenüber zum Ausdruck bringen, ist in Bezug auf unsere Selbstbeurteilung von Bedeutung. Einen gewissen Stellenwert haben hier vor allem Antworten von unseren signifikanten Anderen und Bezugsgruppen (s. auch Lindesmith et al. 1999)

Wie Studien zeigen, müssen Selbsturteil und Fremdurteil aufgrund des selektiven Charakters unseres Selbsturteils nicht übereinstimmen. Wir selektieren aus dem, was andere über uns denken könnten, indem wir es interpretieren, ignorieren, es übertreiben und in Bezug auf das ändern, was wir über uns selbst denken. Wir können auch unsere signifikanten Anderen anders auswählen, um unsere Selbstbeurteilung zu erhöhen oder zu bestätigen. Bei der Selbstbeurteilung handelt es sich um eine aktive Angelegenheit des jeweiligen Menschen, deren Bedeutung in den Konsequenzen liegt, die diese für das individuelle Verhalten und Handeln haben (s. Charon 2001: 84). Menschen beeinflussen sich in zwischenmenschlichen Beziehungen und Interaktionen wechselseitig. Sie können hierbei Macht aufeinander ausüben und Selbstbeurteilungen manipulieren. Dieser Aspekt ist besonders für pflegerische Situationen wichtig, da die pflegende Person den zu pflegenden Menschen in seinem Selbsturteil sowohl positiv als auch negativ mit den entsprechenden Konsequenzen für dessen Selbstkonzept beeinflussen kann.

3.4.1.3 Selbstwahrnehmung: Identität, ein Aspekt des Selbstkonzepts

Identitäten⁸⁸ sind ein Teil von dem, was wir mit dem Selbst meinen. Sie sind das Objekt, gegenüber dem wir handeln. Wie unter Pkt. 3.2 erwähnt, verweist der Begriff Identität auf das ‚Me‘ des Meadschen Selbst. Der Begriff ‚Identität‘ ist demnach *kein Ersatzbegriff* für das Selbst (s. Stone 1981: 399). Als Teil des Selbstkonzepts verweist unsere Identität normalerweise zuallererst auf den *Namen*, mit dem wir uns anderen gegenüber bekanntmachen. Hierüber teilen wir anderen mit, wer wir sind, wenn wir in sozialen Situationen handeln. Nach

⁸⁸ Stone (1981: 396) betont in Bezug auf den Begriff ‚Identifikation‘ zwei Prozesse: den Prozess der ‚Identifikation von etwas‘ und den der ‚Identifikation mit etwas‘. Rollenübernahme ist eine Variante des letzteren Prozesses, weist aber darüber hinaus.

Stone (1981: 395) geht es in sozialen Interaktionen nicht nur um Kommunikation. In sozialen Interaktionen oder Transaktionen können mindestens zwei Prozesse beobachtet werden: einer der Erscheinung und einer des Diskurses. Ersterer spielt bei der Etablierung bzw. Herstellung von Identitäten eine wichtige Rolle. Mittels seiner Identität wird der Mensch sozial verankert, d.h. er wird an einem sozialen Ort, an dem Platz wahrgenommen, den er in einer Beziehung zu einem anderen Menschen in einer Situation einnimmt. Bezogen auf die beim institutionellen Handeln in sozial-strukturierten Beziehungen (s. Pkt. 3.2.3.2) eingenommene Position (der des Pflegenden oder der des zu Pflegenden), weiß der Mensch mit deren Benennung, wer er selbst in seinen Handlungen ist. Es kommen somit zwei aufeinander bezogene Prozesse zum Tragen, der Prozess der Verortung der eigenen Person in Beziehung zu anderen Personen in einer bestimmten Situation und der Prozess des sich Abgrenzens von anderen Menschen (s. auch Lindesmith et al. 1999: 304).

Wie alle anderen Objekte werden Identitäten sozial verliehen, erhalten und transformiert. Sich mit jemandem zu identifizieren, erfordert - unabhängig von der Art - die Identifikation von jemandem (s. Stone 1981: 396). Dieses wird durch das Erscheinungsbild oder das Äußere eines Menschen erleichtert, was häufig ‚geräuschlos (silent)‘ und nonverbal geschieht. So wird insbesondere das Geschlecht des Gegenübers ‚stillschweigend‘ zur Kenntnis genommen. Bei der sozialen Zuweisung von Identitäten sind Erscheinung und Diskurs zwei verschiedene Dimensionen der sozialen Transaktion, wobei der erste Prozess der grundlegende zu sein scheint. Er schafft die Bühne für den Diskurs. Der Prozess der Erscheinung eröffnet, erhält und begrenzt die Möglichkeiten des Diskurses, indem er die Möglichkeiten eines sinnvollen Gesprächs eröffnet und garantiert (Stone 1981: 397). Identitäten sind Bedeutungen, die ein Mensch seinem Selbst beimisst. Sie sind relational, sozial und sie sind in einem Kontext von Interaktionen platziert. Weiter sind sie eine Quelle von Motivation. Wenn jemand nach Stone (1981: 399, s. auch Charon 2001: 87) eine Identität hat, ist er sozial situiert. Er nimmt in Form eines sozialen Objekts eine Rolle an, die durch seine Teilnahme in sozialen Beziehungen Bestätigung erhält, d.h. z.B. als Ehefrau, Geliebter, als Gesundheits- und KrankenpflegerIn, als PatientIn, als MedizinerIn usw. Wenn Menschen auf die Frage antworten, wer bin ich, dann identifizieren sie sich in Gruppen oder sozialen Kategorien. Wie eingangs (Pkt. 3.2.2) erwähnt, kann zwischen unterschiedlichen Arten von Identitäten differenziert werden, z.B. zwischen sozialer und personaler Identität. Mit Blick auf die ‚identity politic‘ drehen sich die Diskussionen in diesem Zusammenhang um Gender, Ethnizität und soziale Klasse bzw. Nation⁸⁹ (s. Lindesmith et al. 1999: 224). Geschlecht, Alter und Rasse/Ethnie sind universale Identitäten, die jeden Menschen unabhängig von seinem Zutun als einem speziellen Menschentyp zugehörig ausweisen (s. Field 1978: 250). Einige der zuvor genannten Identitäten sind grundlegender Art, während andere geändert werden können. Neben diesen grundlegenden Identitäten verweist Charon (2001: 87) in Anlehnung an Stone auf zwei weitere Arten von Identitäten, und zwar auf allgemeine Identitäten (Priester, Vater) und unabhängige Identitäten wie bspw. Teilzeitbeschäftigte. Der Unterschied zwischen diesen Formen von Identitäten besteht in ihrer *Veränderbarkeit*, die von schwer bis leicht veränderbar variiert. Was die Zuweisung und aktive Herstellung von Identitäten betrifft, spielen im Zusammenhang mit der Pflege zunächst grundlegende Identitäten eine herausragende Rolle neben jenen, die in sozialen Beziehungen wechselseitig zugewiesen und hergestellt werden. In diesem Zusammenhang ist die von Stone (1981: 399) vorgenommene Differenzierung sozialer Beziehungen mit Blick auf die Zuweisung von Identitäten interessant. Er unterscheidet zwischen menschlichen, interpersonalen und strukturellen Beziehungen sowie sozialen Beziehungen in Massen. Menschliche Beziehungen sind auf die Platzierung und Ankündigung der grundlegenden Identitäten angewiesen. Um in eine interpersonale Beziehung einzutreten, ist der Austausch von Namen notwendig, wohingegen strukturelle Beziehungen auf den Austausch von Funktionsbezeichnungen (Titel, Position) angewiesen sind. Letztere Form von Beziehung ist eher diskontinuierlich und von wechselnder Art. Bei der Beziehung

⁸⁹ Gilroy (zitiert in Lindesmith et al. 1999: 224) hebt drei Identitätsformen hervor, um die sich die Diskurse drehen: Identity-as-subjectivity, identity-as-sameness, identity-as-solidarity. Nach Lindesmith et al. (1999: 225) verankern diese drei Formen von Identität die Diskussion über das Selbst und seine Identitäten in einem multikulturellen, politischen und historischen Kontext.

zwischen einer Pflegekraft und einem Patienten handelt es sich um eine strukturelle und interpersonale Beziehung. Beziehungen in einer sozialen Masse zeichnen sich durch ihre Anonymität aus. Die verschiedenen Beziehungsformen können wiederum die Basis für die Entwicklung einer spezifischen Beziehungsform bilden. Aus einer strukturellen Beziehung (Arbeitsbeziehung) kann eine interpersonelle Beziehung werden, d.h. eine Freundschaft. Der entscheidende Punkt zwischen beiden liegt darin, wie ein Mensch in diese Beziehungen eintritt (s. Lindesmith et al. 1999: 303). Was pflegerische Zusammenhänge betrifft, kommen pflegerische Beziehungen aufgrund der Familienstruktur bzw. Lebenssituation zustande sowie aufgrund der in einer Familie/Lebensgemeinschaft etablierten Rollenzuweisung. Diese kann, muss aber nicht entlang traditioneller geschlechterdifferenzierender Rollenvorstellungen (z.B. die Frau ist für die Pflege kranker Familienangehörigen zuständig) erfolgen. Hier handelt es sich um Beziehungen, die strukturell geformt sind. Des Weiteren kommen Pflegebeziehungen aufgrund eines Bedarfs an Pflege oder eines krankheitsbedingten Kontakts mit Institutionen des Gesundheitswesens zustande.

Das Eintreten in eine Beziehung, also das wechselseitige Verorten mithilfe von Identitäten, ist jedoch nur der Beginn bzw. schafft nur den Rahmen für dieselbe. Strauss (1974/1997: 59) verweist auf den Prozess des Interaktionsverlaufs und darauf, dass im Rahmen dieses Prozesses sich die Menschen bei ihrem Handeln nicht nur auf die aktuell anwesenden Personen beziehen können, sondern auf vielfältige Facetten ihres Selbst und ihrer jeweiligen Leistungen. Diesen Aspekt gilt es im Blick zu behalten, wie auch die damit verbundenen teils bewussten, teils weniger bewussten Reaktionen der Interaktionspartner im Verlauf ihres Miteinanderhandelns, die alle eine bestimmte Sicht auf sich selbst und in Bezug auf die jeweilige Identität bestärken oder in Frage stellen können. Die Anforderungen an die Interaktionspartner im Rahmen einer Interaktion beschreibt Strauss (1974/1997: 61f) folgendermaßen:

„Jede Person hat die Aufgabe, bei dem anderen (1) seine allgemeine Absicht in der Situation, (2) seine Reaktionen auf sich selbst, (3) seine Reaktionen und Gefühle gegenüber mir, dem Empfänger und Beobachter seiner Handlung einzuschätzen. Diese drei Aufgaben sind miteinander verbunden, aber nicht notwendig identisch, noch bringen sie identische Beobachtungsfähigkeiten ins Spiel“.

Die Möglichkeiten der Interaktionspartner, das ‚I‘ und das ‚Me‘ als Phasen des Handlungsprozesses in eine Interaktion einzubringen und dabei im Verlauf des Prozesses bestimmte Aspekte des Selbst, Selbstkonzept und der Identität zu betonen und andere weniger, sind vielfältig - ein Thema, das an dieser Stelle nicht im Mittelpunkt steht. Mit Blick auf das pflegerische Handeln als eine Form des sozialen Handelns sollen strukturierte Interaktionsprozesse erwähnt werden. Sie sind unabhängig davon, an welchem Ort die Interaktion stattfindet, für das pflegerische Handeln im beruflichen Kontext von Bedeutung.

Bei der Beziehung zwischen Pflegekräften und PatientInnen haben wir es einerseits mit strukturierten Beziehungen zu tun und mit Blick auf die Statusdilemmata, die im Verlauf der Beziehung auftreten können, mit weniger strukturierten. Der Begriff ‚Statusdilemma‘ verweist auf den Umstand, dass Menschen mit einem gegebenen Status wie dem einer Gesundheits- und KrankenpflegerIn weitere Attribute verbinden, wie z.B. dasjenige, dass die meisten KrankenpflegerInnen Frauen sind. Diese Attribute werden als sekundäre Qualifikationen bezeichnet, sie beeinflussen das Interaktionsgeschehen. Kommt es bspw. in einer Interaktionssituation dazu, dass eine mit einem Status verbundene Qualifikation fehlt, kann dies zu einer ‚Krise‘ führen und Einfluss auf die Arbeitsbeziehung nehmen. Ein anderer Aspekt berührt Fragen von Macht und Einfluss. Mit Blick auf Handlungsverläufe betont Strauss (1997: 76f), dass es realistisch sei, davon auszugehen, dass der Modus der Interaktion sich zu jeder Zeit oder in jeder Phase der Interaktion ändert und nicht über die gesamte Dauer der gleiche bleibt. Weiter kann ein Mann/eine Frau, der/die als Vertreter/in in einer Institution arbeitet, während einer Interaktion oder Interaktionsphasen in verschiedenen institutionellen Eigenschaften handeln. Interaktionen können je nachdem, ob nur eine von vielen möglichen Statusbeziehungen dabei aktualisiert wird, als ‚monostrukturierte Interaktion‘ oder, wenn zwei- und dreifache Statusgrundlagen (z.B. weibliche Krankenpflegerin und männlicher Krankenpfleger, wobei

Geschlechts- und Berufsstatus zugleich aktualisiert werden) zum Zuge kommen, als ‚multistrukturierte Interaktion‘ bezeichnet werden. Da jede Interaktion einen Verlauf aufweist und es dabei zu einem Wechsel der Statusbasis kommen kann, bezeichnet Strauss (1997: 76) den Interaktionsprozess als einen multistrukturierten Prozess. Unabhängig von der Art der Interaktion sind diese Prozesse laut Strauss (1974/1997: 79f) konventionell strukturiert, weil gewohnte Identitäten angenommen und zur Grundlage des Handelns gemacht werden. Weiter macht er darauf aufmerksam, dass die Interaktion zugleich ein strukturierter und ein interpersonaler Prozess ist. Beide Aspekte seien wichtig für die Interaktion. Mit Blick auf das pflegerische Handeln sind beide zu beachten, weil, wie Strauss betont, die verschiedenen Modi ein unermeßliches Potential für die Entstehung neuer Statusarten und Identitäten beinhalten.

Für das pflegerische Handeln ist wichtig, dass die Selbstkonzeptionen⁹⁰ und die Identitäten des zu pflegenden Menschen wie die der pflegenden Personen Wandlungen ausgesetzt sind. Strauss (1974/1997) bezeichnet diese als Identitätstransformationen⁹¹. Er untersucht einige Wendepunkte in der Identität erwachsener Menschen. Für die Pflege sind jene wichtig, die unter dem Begriff des ‚geregelten Statusübergangs‘ zusammengefasst werden. Hierzu zählen etwa der Übergang einer Auszubildenden in den Status einer examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerin. Im Laufe ihrer beruflichen Karriere kann eine Gesundheits- und Krankenpflegerin weitere Statuspassagen erleben, z.B. von der Mitarbeiterin zur Führungskraft oder zur Lehrkraft, von der Vollzeitarbeitnehmerin hin zur Teilzeitarbeiternehmerin und umgekehrt. Weitere Statuspassagen sind etwa von der ledigen Frau zur Ehefrau, von der kinderlosen Frau zur Mutter etc. Auch für den zu pflegenden Menschen lassen sich Statuspassagen ausmachen, vom Gesunden zum Kranken, vom Akutkranken zum chronisch Kranken, von einem Menschen, der sich selbst pflegen kann, hin zu einem Menschen, der auf die Pflege anderer angewiesen ist. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird auf verschiedene Statuspassagen eingegangen, das Augenmerk soll an dieser Stelle aber wieder auf das menschliche Handeln gerichtet werden.

Ein anderer für das pflegerische Handeln wichtiger Aspekt besteht darin, wie Identitäten beim Handeln zugewiesen, hergestellt und aufrechterhalten werden. Dieser Prozess der Herstellung von ‚Identitäten‘ wird in der Literatur auch als ‚othering‘ beschrieben, ein Prozess der Differenzierung und Distanzierung von ‚den Anderen‘ aufgrund des Geschlechts, der ethnischen Zugehörigkeit oder der sozialen Stellung innerhalb einer Gesellschaft. Aus feministischer Sicht sind insbesondere solche Folgen dieses Prozesses beschrieben worden, in denen Frauen aufgrund ihres Geschlechts ausgegrenzt und die von ihnen zu leistende Arbeit entwertet worden ist⁹². Am Beispiel der Pflege und anderer Gesundheitsberufe zeigt Celia Davies (2003: 191) auf, wie das Selbst und der Andere zusammen eingeschlossen sind und dass das Selbst des Anderen bedarf, um sich selbst Sinn zu verleihen. Eine Folge dieses ‚Aufeinander-bezogen-Seins‘ sei eine Logik des binären Denkens in der Form von ‚A‘ und ‚Nicht-A‘, von Qualitäten bzw. Eigenschaften, die wertgeschätzt werden und solchen, die nicht wertgeschätzt werden⁹³. Mary K. Canales hat sich in verschiedenen Arbeiten (1997, 2000, 2004) mit dem Othering auseinandergesetzt. In einer Arbeit befasst sie sich mit den Wirkungen des Othering auf die Wahrnehmung des Selbst. Sie hat sich hier vor allem auf zwei Prozesse konzentriert: *ausschließende* und *einschließende Prozesse*. Was letztere betrifft, greift sie auf die Ideen des Symbolischen Interaktionismus zurück und hier vor allem auf Meads Konzept der

⁹⁰ Unsere Selbstkonzeptionen basieren offensichtlich auf Identitäten. Sie beziehen sich auf die Einschätzung des Individuums, wer und was es ist, und sie sind im Gegensatz zu Identitäten im wesentlichen ‚subjektiv‘, für andere nicht erkennbar und eher ‚partikulär‘ als universal (Field 1978: 247). Sie sind nicht notwendigerweise konsensuell.

⁹¹ Ein Teil der zu Beginn dieses Kapitels erwähnten Arbeiten zur professionellen Identität befassen sich mit diesem Wandel (s. etwa MacIntosh 2003, Björkström et al. 2007, Ware 2008).

⁹² S. Lorber 1999, Goffman 2001, Reuter 2002, Connell 2006, Alcoff 2006.

⁹³ Joy L. Johnson et al. (2004: 260ff) haben die Praktiken des ‚Othering‘ und die Wirkungen desselben untersucht, die in den Interaktionen zwischen GesundheitsdienstleisterInnen und Frauen zum Tragen kommen, die aus Südasien nach Canada immigriert sind. Sie konnten drei allgemeine Praktiken aus ihren Daten herauslesen: „Essentializing explanations, culturalist explanations und racializing explanations.“ Maccallum (2002) befasst sich mit unterschiedlichen Formen des Othering im Allgemeinen und im Bereich der Psychiatrie. Lingard et al. 2002 haben die diskursive Konstruktion des ‚Anderen‘ im OP als Teil der Herausbildung der professionellen Identität in einem Gesundheitsteam untersucht.

Rollenübernahme. Die Fähigkeit zur Rollenübernahme ist für sie unabdingbar, um die umgebende Welt aus der Perspektive Anderer überhaupt verstehen und um miteinander interagieren zu können. Sie kritisiert, dass Oothering vielfach nur als ausschließender Prozess untersucht worden ist, wohingegen das Potenzial einschließender Prozesse eher zu kurz kommt. Ein Verständnis dieser Prozesse sei aber in Hinblick auf das Empowerment wichtig. Nach Canales (2000: 19) finden die ausschließenden und einschließenden Oothering-Prozesse in Kontexten von Macht und in Machtbeziehungen statt. Sie fasst Prozesse des ausschließenden Oothering begrifflich so, dass hierbei Macht innerhalb von Beziehungen zum Zwecke von Herrschaft und Unterordnung benutzt wird mit den entsprechenden Folgen für die beherrschten und dominierten Gruppen. Sie nennt u.a. Entfremdung, Marginalisierung, geringe Chancen und weist auf negative Folgen solcher Ausschlusspraktiken im Bereich der Gesundheitsversorgung hin. Diese können negative Konsequenzen für die betroffenen Menschen in Hinblick auf ihre Entwicklung, ihre Selbstwertschätzung und in Bezug auf die Förderung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit haben (s. auch Johnson et al. 2004, Canales 1997). Prozesse des Einschließens versteht sie als Versuch, Macht innerhalb von Beziehungen zur Transformation und zur Bildung von Koalitionen zu nutzen. Die damit verbundenen Folgen einschließender Erfahrungen können zur Hebung des Bewusstseins, zu einem Gemeinschaftsgefühl, zur geteilten Macht und der Erfahrung des Einbezogeneins führen (s. Canales 2000: 20). Beide Prozesse sind miteinander verwoben. Es handelt sich nicht um dichotome Prozesse. Bezogen auf die berufliche Pflege kommt Canales (2000: 23) zu dem Ergebnis, dass Prozesse des ausschließenden Oothering zum Tragen kommen, wenn bei Pflegekräften die Fähigkeit zur Rollenübernahme in Bezug auf die Anderen, die von ihnen gepflegt werden, versagt bzw. misslingt - unabhängig davon, ob es sich um KollegInnen, PatientInnen oder andere Menschen handelt. Eine ‚misslungene Rollenübernahme‘ kann sein:

1. „eine unangemessene Rollenübernahme wie eine Missinterpretation der Handlungen eines anderen
2. eine verfinsterte/bedeckte (eclipsed) Rollenübernahme, bei der nur das gehört wird, was einem selbst vertraut ist oder was mit dem eigenen Denken konsistent ist
3. ein Widerstand in Bezug auf Rollenübernahme, indem nicht versucht wird, auf eine andere als die eigene Stimme zu hören“ (ebenda).

Eine Folge einer misslungenen Rollenübernahme besteht etwa darin, dass Pflegekräfte ihr Handeln an Stereotypen und Mythen orientieren und nicht an einem Verständnis der Perspektive des Anderen.

Einschließende Prozesse des Oothering unterscheiden sich von ausschließenden dadurch, wie Macht in sozialen Beziehungen eingesetzt wird. Canales (2000: 25) geht davon aus, dass transformative, d.h. umgestaltende menschliche Beziehungen nicht ohne den Gebrauch der menschlichen Fähigkeit zur Rollenübernahme entstehen können. Ihr zufolge können Pflegekräfte ihr Handeln erst dann am Anderen orientieren, wenn sie in der Lage sind, die Rolle des Anderen zu übernehmen. Um die Fähigkeit zur Rollenübernahme und Prozesse des einschließenden Oothering noch plastischer zu machen, greift sie den Begriff des ‚world-traveling‘ von Luones auf. Dieser Begriff beschreibt auf anschauliche Weise die Notwendigkeit, dass ich, wenn ich in eine andere Welt reise, mich mit dieser identifizieren muss, um zu verstehen, was es heißt, wie diese zu sein. Das Kennenlernen der Welt des Anderen ist erforderlich, um zu vertraulichem Wissen über den/die Anderen zu gelangen und um ihn/sie wertschätzen zu können. Prozesse des einschließenden Oothering sind abhängig von Strategien der begrifflichen Neufassung von Bedeutungen und unseres Verständnisses von etwas. Dies betrifft vor allem fixe oder absolute Kategorien, die das Selbst in Abhängigkeit von dem/der Anderen definieren. Nach Canales muss Differenz/Verschiedenheit als Instrument der Kreativität für die Erkundung, die Kritik und die Ermächtigung neu gefasst werden. Sie beschreibt, welche Strategien des einschließenden Oothering die von ihr untersuchte *Gruppe des Lehrkörpers lateinamerikanischer Herkunft* in der Lehre einsetzte. Sie waren darauf ausgerichtet, die Fähigkeit zu Rollenübernahme zu verbessern, indem die StudentInnen die Möglichkeit erhielten, die Anderen aus ihrer Perspektive verstehen zu lernen. Hierbei ging es nicht um die Vermittlung spezifischer Pflegemaßnahmen, sondern darum, Verbindungen zum Leben der Anderen herzustellen und an ihrem Leben teilzunehmen und mit ihnen zu arbeiten. Eine andere Strategie in der Lehre war es aufzuzeigen, dass Empowerment gegenüber Ande-

ren und Gruppen erst geschehen kann, wenn Pflegekräfte Andere *anerkennen, respektieren* und ihre *Fähigkeiten und Stärken wertschätzen* sowie diese in die Planung und Umsetzung einer gewünschten Veränderung einbeziehen. Eine weitere Strategie war, dass der Andere nicht nur auf der Basis seines Bedarfs an Gesundheitsdienstleistungen, der Nutzung derselben oder des Niveaus seiner Vulnerabilität definiert, sondern als jemand verstanden wurde, von dem und mit dem Gesundheitsberufe etwas lernen können.

Ausschließende und einschließende Prozesse des Othering existieren in der Beziehung Selbst-Andere nebeneinander. Deshalb ist die Frage zu klären, welche dieser Prozesse in sozialen Beziehungen die dominierenden und welche die unterlegenen sind. Mit Blick auf die Pflege plädiert Canales (2000: 28f) dafür, sich für den Einsatz einschließender Praktiken des Othering einzusetzen. Dieser Aspekt soll an anderer Stelle noch einmal aufgegriffen werden.

Die Kategorie ‚Geschlecht‘ ist vielfach Ausgangspunkt und Gegenstand der beschriebenen Othering-Prozesse. Um die damit verbundenen ausschließenden Prozesse überwinden zu können, nutze ich diese im Weiteren als analytische Kategorie in Anlehnung an Celia Davies (1995a)⁹⁴, die den Fokus auf das Geschlecht, den Genus, und weniger auf Frauen und Männer als real existierende Menschen lenkt. Davies versuchte, Männlichkeit und Weiblichkeit als ‚cultural codes‘ zu verstehen,

„als Repräsentation von Geschlecht, wobei das Geschlecht in einem kulturellen Sinn schon unsere frühesten Erfahrungen durchzieht und so unser Gefühl von Identität formt. Das Geschlecht [...] formt die Art und Weise, wie wir uns auf andere beziehen und strukturiert soziale Institutionen – nicht nur jene in Bezug auf Familie, Sexualität und Reproduktion, sondern auch jene, die scheinbar geschlechtsneutral sind und im öffentlichen Bereich der Arbeit und der Politik wirksam werden. [...]“ (Davies 1995a: 21).

In dieser Bestimmung von Geschlecht als ‚kulturellem Code‘, verweist die analytische Kategorie Geschlecht gleichzeitig auf eine Ressource, eine Beziehung sowie auf ein Handeln (s. Davies 2000b: 345f). Auf das Geschlecht als kulturellen Code beziehen wir uns häufig unwissentlich in unserem täglichen Handeln in den unterschiedlichsten sozialen Beziehungen und an unterschiedlichen Orten (s. Stone). Mit Blick auf das pflegerische Handeln ist es wichtig, die Kategorie Geschlecht auf die verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen und Institutionen zu beziehen, um deren Wirkung

- bei der Herstellung von Identität
- bei der Repräsentation
- bei der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
- in Bezug auf die Funktionsweise bzw. Logik von Organisation und damit auf der Ebene organisatorischen Handelns
- in den Tiefenstrukturen von Institutionen

nachvollziehen und verstehen zu können (s. Davies 1995: 36, 2000b: 345), und um herauszuarbeiten, welchen Einfluss diese Kategorie auf die Herausbildung und Weiterentwicklung notwendiger pflegerischer Handlungskompetenzen hat. Erste Ansätze in diese Richtung hat Canales (2004) unternommen. Am Beispiel amerikanischer Indianerfrauen untersuchte sie deren Fähigkeiten, sich selbst zu pflegen oder für sich selbst zu sorgen, und welchen Einfluss diese Fähigkeit auf Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung hat. Anknüpfend an das Meadsche Bild der ‚Gebärmutter‘ sind beide Geschlechter und die Gesellschaft als ganze dafür verantwortlich, dass der nachkommenden Generation die Möglichkeiten gegeben wird, ihre Potenzialiäten im Sinne des gesellschaftlichen Ganzen zu entwickeln. In diesem Sinne ist es wichtig, die Kategorie ‚Geschlecht‘ in der

⁹⁴ Davies hat anhand ihrer Auseinandersetzung mit der Pflege als Profession deutlich gemacht, dass die Art, wie diese Kategorie bei der Analyse der Pflegearbeit zum Einsatz kommt, Einfluss auf die jeweiligen Erkenntnisse hat. Es bedurfte einer entschiedenen Richtungsänderung ihres Denkens und ihrer Herangehensweise, um über Bekanntes hinaus zu gelangen. In Anlehnung an Joan Acker geht Davies davon aus, dass alle sozialen Beziehungen vergeschlechtlicht (gendered) sind. Sie knüpft damit an zentrale Erkenntnisse der feministischen Theorie und Forschung an.

von Davies vorgeschlagenen Weise als kulturellen Code zu verwenden, d.h. als Ressource, als Beziehung und als Handeln, womit erneut eine Brücke zum pragmatistischen Verständnis von Handeln geschlagen werden kann.

Im Folgenden soll das Meadsche Handlungsverständnis mit Blick auf das pflegerische Handeln anhand zweier weiterer Handlungsformen, des kreativen und des habituellen oder gewohnheitsmäßigen Handelns betrachtet werden. Beide sind für die Pflege von Bedeutung.

3.4.2 KREATIVES HANDELN: EXPERIMENTELLES UND PROBLEMLÖSENDES HANDELN

Die Menschen erschließen sich die Welt, indem sie handeln. Kreatives Handeln ist experimentelles und problem-lösendes Handeln (Joas 1992a: 194f). Kreativität wird von den Pragmatisten im Handeln des Menschen in seiner natürlichen und sozialen Umwelt verankert. Mead untersucht das menschliche Handeln in unterschiedlichen Situationen und an unterschiedlichen Phänomenen, im Spiel, in der Arbeit, in der Kunst (s. Pkt. 3.2.2). Hierbei kommt dem Körper des Menschen sowie der Fähigkeit zur Rollenübernahme zentrale Bedeutung zu. Für Mead wie Dewey⁹⁵ stellte

„das Experiment den anschaulichsten Fall einer Überwindung von Handlungsproblemen durch die Erfindung neuer Handlungsmöglichkeiten dar. Für sie hatte die Fähigkeit zur Erfindung oder Kreativität den kontrollierten Umgang mit der Handlungsform des Spiels, einem ‚Durchspielen‘ alternativer Handlungsvollzüge, zur Voraussetzung“ (Joas 1992b: 295).

Meads (PA: 89) Verständnis von Kreativität als Bestandteil des menschlichen Handelns ist für die Pflege von außerordentlichem Reiz. Die zentrale Bedeutung seiner Kreativitätsidee kann an der Struktur des Selbst abgelesen werden, d.h. am ‚I‘, das als Quelle nicht-antizipierter Spontaneitäten gedacht wird. Diese überraschen den Handelnden ebenso wie seine Partner (s. Joas 1992a: 202). Ganz allgemein setzt Kreativität dort ein, wo Menschen in ihrem alltäglichen Handeln auf Probleme stoßen. In solchen Fällen ist der normale Handlungsfluss unterbrochen und der Mensch ist aufgefordert, sich der Situation zu stellen und nach Lösungswegen zu suchen, damit die begonnene Handlung fortgesetzt werden kann. Hierbei geht es um den alltäglichen Umgang mit unerwartet Widerfahrendem. Im Alltag kommt es wie in pflegerischen Situationen immer wieder vor, dass sich Ziele als unerreichbar erweisen oder erreichbare Ziele von anderen Handelnden in Zweifel gezogen werden. In solchen Problemkonstellationen muss der Fortgang des unterbrochenen Handlungsflusses neu bestimmt werden. Hierbei bietet sich dem Handelnden nicht nur eine Möglichkeit. Vielmehr beinhalten problematische Situationen einen ganzen Horizont von Möglichkeiten, die in der Krise des Handelns neu erschlossen werden müssen (s. Joas 1992a: 196).

Erste Vorstellungen⁹⁶, wie problematische Handlungssituationen gemeistert werden können, entwickelt Mead in seinem 1899 veröffentlichten Aufsatz ‚*The Working Hypothesis in Social Reform*‘. Ausgangspunkt seiner Überlegungen zu Arbeitshypothesen ist die Arbeit eines experimentell arbeitenden Wissenschaftlers im Labor und seine hierbei eingenommene Arbeitshaltung. Diese Arbeitsweise und die mit ihr verbundene Arbeitshaltung kann auch auf den Umgang mit Problemen im täglichen Leben (s. hierzu auch Corbin /Strauss 2008: 3) sowie auf das reflektierende Denken übertragen werden (s. z.B. PA, GAII). Nach Meads Verständnis des menschlichen Handelns, einem hochgradig unbestimmten und im Wesentlichen zumeist nicht im Vorhinein determinierten, sondern kontingenten Handeln (s. Joas/Knöbl 2004: 200), müssen wir bei der Bewältigung sozialer Probleme immer mit dem Unerwarteten rechnen (Mead 1899: 369; GA II: 366). Die Haltung, mit der man sich diesen Problemen nähern sollte, kann nicht darin bestehen, jede zukünftige Bedingung, von der die gesellschaftliche Entwicklung abhängt, prognostizieren zu wollen, um dann entsprechend sein Verhalten zu steuern. Bei einer solcher Heran-

⁹⁵ Auch Dewey hat sich intensiv mit dem Spiel und der Kunst auseinandergesetzt (s. bspw. Dewey 1922/2007; 1988, 1995).

⁹⁶ Die hier entwickelten Ideen waren offensichtlich handlungsleitend in seiner weiteren wissenschaftlichen sowie in seiner sozialreformerischen Arbeit in Chicago (s. SW, Deegan 1987, /2001a, b, Carreira da Silva 2007, 2008).

gehensweise geriete das, was ständig passiert, das Unerwartete, aus dem Blick. Mead (1899: 369; GA II: 366) betont, dass

„wir nicht nur die unmittelbar stattfindende Veränderung erkennen [müssen], sondern auch die Gegenreaktion der gesamten Welt, innerhalb derer die Veränderung stattfindet. Keine menschliche Voraussicht reicht an sie heran (ebenda: 369; 366).

Es reicht nicht aus, die in den Naturwissenschaften eingesetzten ‚Arbeitshypothesen‘ und eine entsprechende Arbeitshaltung auf die soziale Welt zu übertragen. Mead betont, dass wir mit dem Gebrauch von Arbeitshypothesen nur über eine Methode und eine Kontrolle bei ihrer Anwendung verfügen. So wie der experimentell arbeitende Wissenschaftler bei seinem Streben nach Erkenntnis nicht auf eine endgültige Welt zielt, sondern auf die Lösung eines Problems der gegebenen Welt (GAII: 49; PA: 60), geht es auch bei der Lösung sozialer Probleme um Probleme einer gegebenen Welt (*a world that is there*).⁹⁷

Das Entscheidende bei dieser ‚Arbeitshaltung‘ ist, dass die Voraussicht von WissenschaftlerInnen nicht über die Überprüfung von Hypothesen hinausreicht. Ist eine Arbeitshypothese erfolgreich, dient sie als Basis für weitere neue Fragen. Unter Entwicklungsgesichtspunkten können die Antworten immer nur von vorläufiger Art sein (s. auch PA: 56; GA II. 44f). Mit Blick auf soziale Reformen oder die Anwendung der Intelligenz bei der Lösung sozialer Probleme müssen wir von ähnlichen Annahmen ausgehen. Hierbei müssen wir nach Mead (1899: 370)

„den wesentlich gesellschaftlichen Charakter der menschlichen Antriebe und Handlungen unterstellen. Wir können Menschen nicht durch gesetzliche Verfügungen zu sozialen Wesen machen, doch wir können es der wesentlich gesellschaftlichen Natur ihres Handelns gestatten, unter Bedingungen zum Ausdruck zu gelangen, welche diese Natur begünstigen. Welche Form von gesellschaftlicher Organisation hierzu geeignet sein wird, hängt von Bedingungen ab, die notwendigerweise außerhalb unseres Wissens [Horizonts] liegen. Wir gehen davon aus, dass die menschliche Gesellschaft Gesetzen unterliegt, welche Solidarität voraussetzen, und wir suchen diese Gesetze herauszufinden, damit sie angewandt werden können“.

Die zur Bewältigung eines Problems aufgestellten Hypothesen können zur Lösung desselben beitragen, müssen es aber nicht. Gelingt dieses, dann stellt dies eine Erweiterung der Handlungsfähigkeit des betreffenden Menschen dar⁹⁸.

Mit Blick auf die wissenschaftliche Methode und Arbeitshypothesen muss nach Mead grundsätzlich eine Unterscheidung zwischen der Welt unseres unmittelbaren Handelns und der Welt der sogenannten wissenschaftlichen Daten vorgenommen werden (PA: 33; GA II: 21). Die Wissenschaft bewegt sich zwischen der gegebenen Welt und derjenigen des reflektierenden Denkens und Entdeckens, d.h. des Erkennens. Letztere bildet die Ideenstruktur im Geist des jeweiligen Menschen ab. Es besteht ein Unterschied zwischen dem, was zur Erfahrung und dem, was zum Kopf eines Menschen gehört und was als ‚subjektiv‘ bezeichnet werden kann. Hierbei handelt es sich um ideelle Objekte (PA: 46; GA II: 34). Reflexives Denken kann auf zweierlei Weise durchgeführt werden: deduktiv, indem alte Bedeutungen in Bezug auf das vorliegende Problem bestätigt werden oder induktiv, indem nach neuen Bedeutungen gesucht wird. Diese leiten das Verhalten unter Beachtung der problematischen Situation in eine neue Richtung (Cook 1993: 116, Carreira da Silva 2008: 73).

⁹⁷ Die Daten des experimentell arbeitenden Wissenschaftlers beziehen sich immer auf eine Lösung von Problemen in der Welt, die um ihn herum gegeben ist, der Welt also, an der die Gültigkeit seiner hypothetischen Rekonstruktionen überprüft wird (GA II: 51; PA: 62).

⁹⁸ Nach Mead (GAII: 57; PA: 68) besteht eine wichtige Funktion für den Wissenschaftler darin, „das intelligente Verhalten in Bezug auf das Ungewisse oder Problematische auszurichten“. Er schreibt weiter: „Sofern also die Handlung über die gegebene Zukunft hinausreicht und eine wiederbelebte Vergangenheit verwendet, geht sie in eine Sphäre der Ungewissheit über. Ein Handeln, das die erworbene oder ererbte Vergangenheit einsetzt, um diese Ungewissheit vom Standpunkt des Ergebnisses aus zu reduzieren, auf das sich die Handlung zubewegt, bezeichnen wir als ‚intelligent‘ im allgemeinsten Sinn des Wortes. Eine solche Intelligenz, die fast deckungsgleich ist mit dem Bereich des Lebendigen, überschreitet bei weitem den Bereich des Geistes, markiert aber das Gebiet, innerhalb dessen der Geist arbeitet“.

Die Übertragung von Arbeitshypothesen auf soziale Probleme stellt für Mead ein Mittel dar, durch das soziale Reformen im täglichen Leben vorangebracht werden können. Menschliches Handeln, soziales Leben und soziale Institutionen werden von Menschen hervorgebracht. Sie unterliegen Veränderungen und sie können von Menschen aktiv verändert werden. So gesehen können Arbeitshypothesen in der konkreten Pflege eingesetzt werden, um konkrete, an der jeweiligen Situation orientierte Veränderungen gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen herbeizuführen. Allerdings müssen wir, wenn wir uns sozialen Fragen wie der Pflege zuwenden, laut Mead (1899: 371; GA II: 367) die menschliche Initiative mitberücksichtigen. Dies bedeutet, dass in pflegerischen Situationen, die darin involvierten Menschen diejenigen Kräfte sind, die untersucht werden müssen. D.h. wir sind selbst Teil der zu untersuchenden Kräfte und ggf. durchzuführenden Reformen. Mit Blick auf Reformen scheinen wir die Möglichkeit des Wandels einschließlich unseres eigenen miteinzubeziehen, auch wenn wir unser Selbst zur gleichen Zeit für feststehend halten. Die Rolle des reflektierenden Bewusstseins oder Denkens besteht nicht in der Schaffung einer *idealistischen Welt*, sondern einer Welt, die nach Mead stets als das Ergebnis irgendeiner spezifischen Problemlösung gedacht werden muss,

„die eine Neuordnung der Welt, wie sie ist, mit sich bringt, [...], um die bestehenden Schwierigkeiten zu beseitigen. Der Erfolg dieser Bemühungen zeigt sich in der Möglichkeit, diese Neuordnung in die Welt, wie sie ist, einzupassen“ (GA II: 368; Mead 1899: 371).

Ausgehend vom pragmatistischen Handlungsverständnis ist alle Wahrnehmung der Welt und alles Handeln in ihr im unreflektierten Glauben an selbstverständliche Gegebenheiten und erfolgreiche Gewohnheiten verankert (s. Joas 1992a: 190). Am Beispiel des pflegerischen Handelns kann aufgezeigt werden, wie trügerisch diese Vorstellung ist. Beim täglichen Handeln ebenso wie in der Pflege werden wir immer wieder mit Problemen konfrontiert, durch die der bisher gewohnte, automatisch wirkende Ablauf des Handelns unterbrochen wird. Laut Joas (1992a: 190)

„erweist sich die Welt als Quell solcher Erschütterung unreflektierter Erwartungen; die Handlungsgewohnheiten prallen von der Widerspenstigkeit der Welt ab. Dies ist die Phase des realen Zweifels. Aus dieser Phase heraus führt nur eine Rekonstruktion des unterbrochenen Zusammenhangs. Die Wahrnehmung muss neue oder andere Aspekte der Wirklichkeit erfassen; die Handlung muss an anderen Punkten der Welt ansetzen oder sich selbst umstrukturieren. Diese Rekonstruktion ist eine kreative Leistung des Handelnden. Gelingt es, durch die veränderte Wahrnehmung die Handlung umzuorientieren und damit wieder fortzufahren, dann ist etwas Neues in die Welt gekommen: eine neue Handlungsweise, die sich stabilisieren und selbst wieder zur unreflektierten Routine werden kann“.

Beim auf sich selbst wie auf Andere bezogenen pflegerischen Handeln ist Tag für Tag eine Vielzahl unterschiedlicher Probleme zu bewältigen. Ein nicht zu unterschätzendes Dilemma besteht darin, dass das Auftreten dieser Probleme schwer vorherzusagen ist. Sie sind kontext- und situationsspezifisch (Ort, Tagesform etc.). Die für die Bewältigung dieser Probleme gefundenen Lösungen, die zunächst den Charakter von ‚Arbeitshypothesen‘ haben, stellen nach Mead kreative Akte dar, auch wenn sie vielfach nur unscheinbare, kleine oder flüchtige Veränderungen erzeugen, deren sich die Handelnden selber nicht einmal immer bewusst sein müssen. Ihre Richtigkeit erweist sich, wenn sie ‚im wahrsten Sinne funktionieren‘. Dann gehen sie in der Regel in unsere Erfahrung ein und werden zu ‚erfolgreichen Handlungsgewohnheiten‘, die dann aus dem ‚Bewusstsein von etwas‘ in den Hintergrund rücken und zu unserer unbestrittenen Welt gehören (s. auch Carreira da Silva 2008: 68). Ein anderer Aspekt ist, dass all diese pflegerischen Akte für Andere nicht immer unmittelbar und für längere Zeit sichtbar sind, so dass etwa die auf die Angst eines Patienten vor einer OP bezogene Handlung des Beruhigens oder Zuversichtszusprechens im Vergleich zum ‚heroischen Akt‘ der Operation als unbedeutend erscheint.

In pflegerischen Situationen geht es immer wieder um die Rekonstruktion von unterbrochenen Handlungszusammenhängen. Aufgrund des ‚flüchtigen‘ Charakters des pflegerischen Handelns bleiben die mit ihm verbundenen kreativen Leistungen einschließlich ihres emotionalen, physischen, psychischen und sozialen Werts häufig

unerkannt⁹⁹. Der Wert, der im erzielten Ergebnis zu sehen ist, erschließt sich dem betroffenen Mensch zum Teil unmittelbar (die verlorene Zahnbürste wurde wiedergefunden, die Zähne konnten geputzt werden, der störende Mundgeruch wurde beseitigt und man traute sich wieder unter Menschen, oder durch das Aufschütteln der Kopfkissen und die Unterstützung beim Finden einer besseren Liegeposition konnte ein unangenehmes Gefühl zeitweise beseitigt werden), zum Teil bleibt er verdeckt und zum Teil kann er für die Betroffenen erst im Rahmen der Reflexion aufgedeckt werden. Mead analysiert die Bedeutung von ‚Erfahrung‘. Unter Erfahrung (GA II: 42; PA: 53) versteht er die Assimilation dessen, was auftritt, und dessen, was wiederkehrt, an das, was vergänglich und was vergangen ist. Erfahrung ist etwas Prozesshaftes und etwas, was ständig im Entstehen ist.

Allgemein spielen in der pragmatistischen Tradition Begriffe wie *Problem* und *Problemlösung*, *Intelligenz*, *Rekonstruktion* und *Konstitution von Bedeutung* eine wichtige Rolle (Joas 1992a: 187, Joas/Knöbl 2004, Carreira da Silva 2008). Diese Begriffe stellen auch Anknüpfungspunkte für die Pflegewissenschaft dar. So heben Kim/Sjöström (2006) die Verwurzelung der pragmatistischen Tradition in der menschlichen Erfahrung hervor. Weiter betonen sie, dass Ideen vor allem unter dem Gesichtspunkt ihrer Konsequenzen für die Praxis betrachtet werden. Letzteres wird auch von Kasper (1995) betont. Kritisch sei laut Kasper (1995) jedoch, dass in der alltagssprachlichen Verwendung des Begriffs ‚pragmatic‘, dieser auf ‚praktisch‘ verkürzt und damit gleichgesetzt wird, statt ihn auf eine spezifische philosophische Methode zu beziehen. Dies könnte auch der Grund sein, weshalb das Potenzial des Pragmatismus seitens der Pflegewissenschaft noch nicht entdeckt worden ist¹⁰⁰. Anders sah es bei der ersten Generation von Studenten/innen aus, die bei den Pragmatisten studierte. Nach Seigfried (1996: 57) wurden von diesen die folgenden zwei Aspekte der pragmatistischen Philosophie als besonders befähigend (*empowering*) empfunden. Die von den Pragmatisten vertretene These, wonach Theorien direkt aus der Erfahrung entspringen und aus ihr erklärt werden können, ermöglichte ihnen, ihren eigenen Erfahrungen zu vertrauen, auch wenn diese anerkannten Dogmen zuwiderliefen. Das zweite vom Prozesscharakter der Wirklichkeit abgeleitete Prinzip verweist auf die Definition von Erkenntnis¹⁰¹ (Wissen) als Ergebnis eines in Übereinstimmung mit den ins Auge gefassten Zielen befindlichen Experimentierens. Diese beiden Aspekte werden sozial und kontextuell begründet. Die Ideen und Thesen von Mead & Dewey wie auch anderer Pragmatisten wurden von den Vertreterinnen eines feministischen Pragmatismus und vor allem von den Frauen, die im Social Settlement Hull House arbeiteten, in ihrer Arbeit aktiv aufgegriffen und einer empirischen Überprüfung unterzogen¹⁰² (s. die Beiträge in Seigfried 2002, Deegan 2001a, b, 2008).

Ein anderes Feld, wo kreatives Handeln erforderlich ist, ist der Bereich der Ethik. So wie Mead die wissenschaftliche experimentelle Methode in Form von Arbeitshypothesen auf soziale Probleme¹⁰³ überträgt, wendet er sie

⁹⁹ Welche Anstrengungen inkl. Frustrationen damit verbunden sind, aber auch welchen Stolz das Meistern problematischer Situationen erzeugen kann, kann bei kleinen Kindern beobachtet werden, wenn sie lernen, sich selber anzuziehen, zu waschen etc.

¹⁰⁰ Kim/Sjöström (2006: 197f) fassen die Diskussion des Pragmatismus in der Pflegewissenschaft wie folgt zusammen: Vertretung eines Pluralismus 1) in Bezug auf die Wissensentwicklung, 2) in Bezug zur eingesetzten Methodologie und 3) in Bezug zur Praxis. Den Beitrag des Pragmatismus für die Pflege als Wissenschaft und als konkrete Praxis erkennen sie in der Betonung von Konsequenzen und Erfahrung ebenso wie im utilitaristischen Gebrauch von Wissen. Ihre Darstellung ist insgesamt wenig fundiert, da sie primär auf Sekundärliteratur basiert. Das für die Pflege in dieser Tradition steckende Potenzial wird allerdings nicht freigelegt. Es findet sich ab und zu ein Hinweis auf Mead. Die Arbeit ist stärker auf Pierce und Dewey fokussiert; was auch auf Kasper (1995) sowie Warme/Schroeder (1999) zutrifft.

¹⁰¹ Nach Strübing (2007: 127) verfechten die Vertreter des amerikanischen Pragmatismus einen handlungsbasierten gegenüber einem mentalistischen Wissensbegriff der cartesianischen Introspektion.

¹⁰² Diese einzigartige Leistung der Frauen stellte einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der pragmatistischen Philosophie dar, allerdings einen bisher wenig anerkannten (s. Seigfried 1996: 59).

¹⁰³ Joas (1992b: 298) behauptet, dass sich anhand Meads moralbezogenen Schriften am deutlichsten demonstrieren lässt, dass er die Grenzen von Kants Ethik erkannt und überschritten hat. Er schreibt: „Seine Kritik hieran enthält das originelle Argument, dass das Selbstprüfungsverfahren des kategorischen Imperativs dort seinen Wert verliert, wo es nicht um die Bestimmung der Pflicht selbst geht, sondern um die Lösung einer Pflichtenkollision oder um die Bestimmung des konstruktiven Wegs, der Pflicht zu genügen. Mit der Frage nach dem richtigen Weg der Pflichterfüllung wird das Gehäuse einer kantianischen Gesinnungsethik gesprengt“.

auch auf moralische Fragen an. Dieser Aspekt ist für das pflegerische Handeln von herausragender Bedeutung. Wenn Mead von der Anwendung der experimentellen Methode auf die Probleme der Ethik spricht, dann meint er, dass die Lösung moralischer Probleme kreative intellektuelle Leistungen und die Berücksichtigung aller in der Situation relevanten Werte erfordert. Joas (1992b: 298f) schreibt:

„Wo Lösungswege unaufhebbar riskant sind, ist Moral ohne Sachwissen unmöglich; wo bloße Gesinnungsethik überwunden ist, gehört die experimentelle Reflexion über die Folgen der eigenen Handlungsalternativen zum innersten Kern der Moralität. Bloß guter Wille ohne Bemühung um das erforderliche Können ist umsonst und moralisch nicht wertvoll. Mit der Forderung nach ‚Berücksichtigung aller Werte‘, die Mead mit der Forderung an den Wissenschaftler nach ‚Berücksichtigung aller Tatsachen‘ parallelisiert, ist über die Dimension der Kreativität des Handelns hinaus die Dimension der Intersubjektivität angezielt, [...]. Eine pragmatische Ethik stellt sich [...] in die Situation des Handelnden hinein, dem die Vermittlung zwischen den Werten und den situativen Gegebenheiten als ‚praktisches‘ Problem aufgegeben ist. Da in Meads Handlungskonzeptionen Zwecksetzungen nicht vor der Situation und unabhängig von ihr stattfinden, ist sie mit der Existenz verfügbarer Mittel verschränkt.“

Moralischer Fortschritt erfordert einen dialektischen Prozess, in dem kreative Selbst neue moralische Synthesen angesichts wiederkehrender moralischer Konflikte entwickeln. Ausgangspunkt ist ein moralisches Bewusstsein einer Situation, in der alte Bedeutungen und Verhaltensmuster als inadäquat empfunden werden. Die Situation und die widerstreitenden Werte werden untersucht und es wird versucht, eine moralische Interpretation oder Arbeitshypothesen zu formulieren, die die Menschen befähigt, erfolgreich mit der Gesamtsituation umzugehen (s. Cook 1993: 120, 128). Hierbei kann die Lösung moralischer Konflikte auf unterschiedliche Weise erfolgen. Ein Ansatz besteht darin, dass ein Problem angegangen wird, indem alte Bedeutungen/Sinn auf das in Frage stehende Problem schlussfolgend bezogen werden oder indem auf ‚wohlbekannte Reize mit genau angepassten Gewohnheiten‘ reagiert wird (s. SW: 90; GA II: 367). Ein anderer Ansatz besteht in der Suche nach neuen Bedeutungen (s. Carreira da Silva 2008: 98f). Bezogen auf die Pflege hieße dieses, dass wir die Möglichkeit haben, die Pflege und damit verbundene Fragen inklusive ethischer weiterhin einseitig durch die Brille der Krankheit/Medizin zu betrachten. Es steht uns aber ebenso frei, nach Wegen anderer Erklärungen für das soziale Phänomen Pflege zu suchen. Nach Mead sind die Beurteilungen von Fakten, Werten, Mitteln und Zielen durchweg Hypothesen. Keine dieser Beurteilungen ist unfehlbar oder absolut. Alle sind für eine Reformulierung oder Rekonstruktion offen. Weiter führt für ihn die Anwendung der experimentellen Methode nicht automatisch zu befriedigenden Lösungen. Sie erfordert neben Flexibilität und Vorstellungsvermögen (Ideenreichtum) eine unvoreingenommene Einschätzung aller in einer problematischen Situation miteinander in Konflikt stehenden Ziele oder Werte. Dieses Vorgehen schreibt nicht vor, welche Hypothesen übernommen werden sollten. Es besteht aber darauf, dass jede akzeptable Hypothese alle involvierten Fakten in Betracht ziehen muss. Dies sei nicht leicht (Cook, 1993: 163, Carreira da Silva 2008: 192). Diese Gedanken werden von Micah Hester (2001) auf den Bereich der Medizinethik bezogen. Er unterstreicht die Notwendigkeit, die Situation eines Patienten umfassend zu betrachten, um zu intelligenten Lösungen zu gelangen. Die Klärung moralischer Fragestellungen ist i.d.R. konfliktträchtig, sie fordert den Einzelnen wie die Gruppe/Gesellschaft heraus¹⁰⁴. Mead geht es bei ethischen Fragestellungen, die immer auf ein konkretes Problem bezogen sind, das auch über die zur Disposition stehenden Werte entscheidet, um die Bestimmung der in der spezifischen Situation jeweils vorliegenden Interessen. Diese sollten unparteiisch beurteilt werden. In diesem Zusammenhang gilt es, Selbstsucht als Folge eines ‚verengten‘ anstelle eines ‚erweiterten‘ Selbst zu überwinden: Ausgehend davon, dass das Selbst durch die gesellschaftlichen Beziehung konstituiert wird, schreibt er (MSS: 388; GIG: 439f):

¹⁰⁴ Dieses wird von Mead durchaus gesehen, wenn er immer wieder auf dem Prinzip beharrt, dass alle Konfliktparteien in der Lage sein sollten, ihre Sicht des Problems darzulegen und dieses aus der Sicht des generalisierten Anderen, d.h. der Gruppe, der Gemeinde, des Landes etc. zu betrachten. Gefordert ist eine Rekonstruktion des in Frage stehenden Problems, in dem eine neue Situation unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Perspektiven hergestellt wird. Dies führt auch zu einer Rekonstruktion des Selbst der handelnden Personen. Deegan (2008: 4) betont, dass Mead sich im Gegensatz zu einer weit verbreiteten Auffassung intensiv mit der Analyse von Konflikt und Kooperation sowie ihres Zusammenhangs mit Demokratie, sozialer Rekonstruktion und internationalen Beziehungen auseinandergesetzt hat.

„wenn aber die unmittelbaren Interessen mit anderen, von uns bisher nicht erkannten Interessen in Widerspruch geraten, neigen wir dazu, diese anderen Interessen zu übersehen und nur jene zu beachten, die sich uns unmittelbar darbieten. Die Schwierigkeit liegt für uns darin, diese anderen und umfassenderen Interessen in eine rationale Beziehung zu bringen. Hier ist Raum für Irrtümer – Irrtümer aber sind keine Sünden“.

Mead setzt sich in seinen ethischen Schriften mit dem Thema der organisierten Wohltätigkeit auseinander. Am ausführlichsten geschieht dies in seinem Aufsatz *Philanthropy from the point of view of ethics* (s. SW, GAI). Hier geht er der Entwicklung des menschlichen Impulses, anderen zu helfen, nach. Er beschreibt Wohltätigkeit in einem Kontext von Verpflichtungen und Rechten. Weiter geht Wohltätigkeit mit einer gewissen Belastung einher. In unserem wohlthätigen Handeln beziehen wir uns nach Mead (SW: 396; GAI: 404) immer auf ‚eine erwünschte soziale Ordnung‘. Mead geht auf die von den Kirchen geprägte Vorstellung von Wohlfahrt ein, die die Vorstellungen von Pflege nachhaltig geprägt hat (s. bspw. Käppeli 2004). Für die berufliche/professionelle Pflege sind seine Ausführungen über die Entwicklung einer reflektierten, intelligenten Wohltätigkeit aufschlussreich. Eine solche Wohltätigkeit ergibt sich nicht aus dem Impuls, anderen Menschen helfen zu wollen, sondern muss im Gegenteil ausgebildet werden. Mead betont, dass eine über einen Automatismus hinausgehende Haltung, anderen helfen zu wollen, an die Fähigkeit zur Rollenübernahme gebunden ist (s. auch Pkt. 3.2.2.4). Der Impuls zu helfen, äußert sich darin, dass der Mensch ‚von Anfang an auf das Leid reagiert, indem er es abwehrt oder versucht, es zu lindern. Das Eingehen auf einen Anderen oder das Beseitigen eines Übels erfolgt zunächst aus einer unmittelbaren gefühlsmäßigen Haltung. Die Verpflichtung zu einem entsprechenden Handeln bildet sich erst aufgrund eines Konflikts unterschiedlicher Wertvorstellungen heraus. Mead schreibt:

„Werden jedoch unter dem Gesichtspunkt einer mitfühlenden (sympathetic) Identifikation mit der Not Anderer Wertvorstellungen formuliert, so besitzen diese eine eigentümliche Unmittelbarkeit und Schärfe, während andererseits gerade ihre Unmittelbarkeit und Schärfe gegen eine Formulierung in Hinblick auf rationale Mittel spricht. Es fällt schwer, das unmittelbare Interesse daran, jemanden zu helfen, der leidet, in Langzeitpläne zur Beseitigung der Ursachen dieses Leidens zu übersetzen“ (SW: 398; GA I: 406).

Auch wenn ein Mensch bereit ist, einem anderen zu helfen, bedeutet dieses nicht, dass Menschen diese Bereitschaft mit politischem Handeln oder mit gesellschaftlichen Institutionen - wie im Fall der Pflege mit Krankenversicherung oder Pflegeversicherung - in Verbindung bringen. Diese Form wird von Mead als ‚impulsive Wohltätigkeit‘ bezeichnet. Sie muss so weiterentwickelt werden, dass sie zu Vorstellungen von den sozialen Bedingungen führt, unter denen etwa eine ‚Pflegebedürftigkeit‘ bzw. eine Einschränkung des pflegerischen Handelns nicht existieren würde oder solange wie möglich durch präventive Maßnahmen verhindert werden könnte. Hieraus könnten Pläne entstehen, wie den Phänomenen praktisch begegnet werden kann. Übertragen auf die Pflege wäre dies eine Aufgabe der Pflegewissenschaft und der Professionellen. Es ist aber auch eine Aufgabe der Gesellschaft, denn eine reflektierende, intelligente Wohltätigkeit geht mit der Veränderung der bestehenden Bedingungen einher.

Die Gedanken der Pragmatisten in Hinblick auf ethische Fragen werden im Rahmen einer pragmatisch inspirierten feministischen Care-Ethik aufgegriffen. Hier entwickelt Erin McKenna (2002: 145) Vorstellungen von einem pragmatistischen feministischen Selbst. Hierbei greift sie auf Vorstellungen von Addams und Gilman zurück, in denen der Mensch und das in sozialen Beziehungen sowie im menschlichen Handeln sich herausbildende Selbst als ein formbares und aktives Phänomen gesehen wird, als Prozess und als Handelndes, kurz als ein aktives, relationales Selbst. Dieser offene und dynamische Charakter des Selbst kommt insbesondere in Meads Vorstellungen zeitlicher und räumlicher Perspektiven zum Ausdruck¹⁰⁵. Ausgehend von diesem dynamischen Selbst betonen Addams wie Gilman die sozialen Verpflichtungen, die aus der Verbundenheit der Menschen untereinander resultieren. Sie warnen vor einer zu großen Distanz zum Anderen, aber auch davor, den Anderen nicht zu erken-

¹⁰⁵ McKenna (2002: 145) verweist darauf, dass sich nach Mead (PP) die Vergangenheit selbst nicht ändert. Was sie für uns in der Gegenwart bedeutet, ist etwas, was wir uns fragen können, wenn wir unsere kritische und kreative Intelligenz nutzen, um uns der Zukunft zu nähern. Die Vergangenheit ist wie die Zukunft eine Hypothese. Die pragmatistische Annahme radikalisiert die räumliche und die zeitliche Perspektive. Raum und Zeit werden sehr flüchtig und sie gewinnen ihre Bedeutung und ihren Zweck nur durch menschliches Handeln und nicht umgekehrt.

nen, weil man im Anderen nur die eigenen Probleme sieht, bzw. der Andere für einen die Chance darstellt, etwas Gutes zu tun.

Das pragmatistische Experimentieren, bei Mead ausgedrückt in der ‚Arbeitshypothese‘ und bei Dewey im Experiment, ist transaktiv (s. Seigfried 1996: 57). Es ändert die Untersuchenden und das untersuchte Objekt. In diesem Sinne wurden die von den Pragmatisten angestoßenen sozialen Reformen nicht einfach bedürftigen passiven Menschen übergestülpt. Ihre leitende Idee war im Gegenteil, dass soziale Reformen aus den eigenen Erfahrungen betroffener Menschen entstehen und geleitet sein sollten von kritischer Reflexion, Projektion und Inkraftsetzen sowie Revidieren von Vorschlägen, Ideen, Theorien basierend auf aktuellen Resultaten. Ein unverwechselbares Merkmal des pragmatistischen Feminismus besteht in der kontinuierlichen Verknüpfung von Kooperation und Experimentieren. Als Beispiel werden von Seigfried (1996: 61f) Clapp et al. zitiert, wonach Änderungen im Leben und beim Lernen nicht durch das Vorenthalten von Informationen erzeugt werden können oder durch das Sammeln von statistischen Daten. Das gehe nur durch das Schaffen mit, durch und für die Menschen. Die pragmatistisch inspirierten Frauen nutzten den hier vertretenen Ansatz des Problemlösens, indem sie ihr Wissen den ärmsten und schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft zur Verfügung stellten, ohne dabei in die Falle einer bevormundenden Haltung zu laufen (s. Seigfried 1996: 199). D.h. sie revidierten ihre Vorschläge zur Verbesserung der Lage der Menschen, für die sie und mit denen sie arbeiteten, wenn sie feststellten, dass sie keine Verbesserungen brachten. Seigfried behauptet, dass die von den Frauen eingesetzte experimentelle Methode wörtlich gesprochen eine Methode des Lernens aus Fehlern war. So war die von Addams beschriebene Methode nicht einfach nur ein Stückwerk bestehend aus Versuch und Irrtum. Sie war vielmehr der Ausdruck eines pragmatistischen feministischen Bezugsrahmens, informiert von ihrer bewussten Intention, ‚vergangene Erfahrungen zu erhalten und zu nutzen‘. Intellektuelle Einsicht wurde mit der moralischen Wahrnehmung dessen kombiniert, was immer notwendig ist, um neue Methoden zu entdecken vermittels derer menschlichen Erfordernissen entsprochen werden kann, um „unabhängig davon, wie anstrengend dieses ist, die innere Zustimmung aller Betroffenen und insbesondere derjenigen zu finden, auf die die Maßnahmen in der gegenwärtigen Situation so lasten“, und zwar anstelle von Top-down Strategien und um die Wahrheit durch das Handeln einem letzten Test auszusetzen (Seigfried 1996: 200).

Nach McKenna (2002) setzten sich Addams und Gilman für eine soziale, auf reziproke Beziehungen abstellende Ethik anstelle einer individualistischen Ethik ein. Ihre Vorstellungen wurden von Dewey aufgegriffen und finden ihren Niederschlag in der Idee eines integrierten Selbst, d.h., eines dynamischen und in Beziehung zu und mit anderen Menschen stehenden Selbst. McKenna erachtet ein solches Selbst als hilfreich für eine Transformation einer auf Regeln und Prinzipien basierenden Ethik hin zu einer Ethik, die ihren Fokus auf die Entwicklung eines Gefühls für das eigene Selbst als ein dynamisches und in Beziehungen stehendes Wesen lenkt. Dieses Selbst hat jedoch gewisse Grenzen, insofern Dewey die Dauerhaftigkeit der sozialen Macht unterschätzt hat, die in unseren Gewohnheiten in Bezug auf Rasse, Klasse und Geschlecht fest verwurzelt ist. Die in Beziehungen zum Tragen kommende Herrschaft und Unterordnung kann das Selbst eines Menschen beschädigen, weshalb es erforderlich ist, die Art und Weise, wie wir miteinander in Beziehung treten, zu überprüfen. Das von Dewey angestrebte integrierte Selbst erfordert nach McKenna (2002: 156) eine radikale Umstellung der Formen unseres Miteinander-in-Beziehung-Tretens. Diese wiederum impliziert ein Überwinden von vergeschlechtlichten und nicht integrierten Selbstern und eine damit einhergehende Überwindung von Dichotomien wie männlich/weiblich, was einer Neuerfindung gleichkommt. In diese Richtung weist auch Seigfried (1996: 210), wonach es Frauen nur durch eine Dezentrierung des Vergeschlechtlichtens der Care-Ethik möglich sein wird, das Korsett einer patriarchalen Gesellschaft abzustreifen und neue Werte zu behaupten. Mit Blick auf eine Care-Ethik plädiert sie für eine Pluralität der Stimmen und schlägt vor, die Entwicklungskontexte zu untersuchen, die zu einer *Betonung von Pflege/Care* und jene, die zu einer *Betonung abstrakter Prinzipien* führen, sodann wie die eine oder andere Orientierung ge-

fördert oder entmutigt wird und welche Faktoren (inkl. Gender, aber nicht darauf begrenzt) Teil dieser verschiedenen Kontexte sind.

Kreativität wird sowohl als eine kognitive wie demokratische Aktivität verstanden; in der sich die menschliche Fähigkeit des reflektierenden Denkens und Problemlösens verkörpert. Sie ist im menschlichen Handeln verankert und als solche weder auf KünstlerInnen, Genies oder ForscherInnen beschränkt¹⁰⁶. Individuelle und soziale Kreativität sind zwei verschiedene Phasen des gleichen Prozesses, in dem originelle und innovative Lösungen individueller Fragen und der von Gruppen vorgestellt werden. In der Pflege ist nicht nur individuelle Kreativität gefordert, sondern, bezogen auf die Arbeitswelt, insbesondere auch eine kollektive Kreativität. Die berufliche/professionelle Pflege findet im Kontext intra- und interdisziplinärer Arbeit statt. Auch hier kann die Idee der ‚Arbeitshypothesen‘ Anwendung finden. Laut Forte (2002) konzeptualisieren interdisziplinäre Teams ihre Arbeit durch die Verwendung verschiedener theoretischer Orientierungen¹⁰⁷. Die Frage ist, inwieweit es den Teammitgliedern gelingt, Mittel zur Übersetzung ihrer theoretischen Orientierungen in eine gemeinsam geteilte Sprache zu finden. Mead & Addams gingen nach Forte (2002: 323) von einer dritten Haltung (neutrale Sprache als Brücke zwischen den verschiedenen Sprachen) in Bezug auf die sozialen Differenzen aus, mit denen sie in Chicago konfrontiert waren. Er ist der Auffassung, dass die von Mead & Addams geleistete innovative Arbeit an einer grenzenüberschreitenden Übersetzung auch auf heutige Teamarbeit bezogen werden kann. Auf diesen Aspekt soll im dritten Teil dieser Arbeit eingegangen werden. Nachdem in diesem Abschnitt kreative Handlungsweisen im Mittelpunkt standen, geht es im nächsten um das gewohnheitsmäßige Handeln in seinen unterschiedlichen Ausprägungen.

3.4.3 HANDLUNGSROUTINEN: SELBST, SELBSTKONZEPT UND KÖRPERBILD BEIM HANDELN

Handlungsroutinen¹⁰⁸ oder anders formuliert Gewohnheiten sind nicht ohne den Körper denkbar (s. auch Pkt. 3.2.1.2). Das Handlungsschema der Pragmatisten in seinen unterschiedlichen Ausprägungen geht davon aus, dass das fortlaufende Handeln im Wesentlichen in Routinen verkörpert ist. Es lässt sich auf einem Kontinuum von hoch modifizierbar bis hoch unmodifizierbar ansiedeln. Welche Form das tatsächliche Handeln hat, ist nach Baldwin (2002: 66) eine empirische Frage. So unterscheidet Mead zwischen *unmittelbarem Handeln*, *Versuch- und Irrtum-Handeln* und *reflexivem Handeln* (s. auch Pkt. 3.3.1 + 3.3.2). Gewohnheitsmäßiges und reflexives Handeln stellen für Mead unterschiedliche, gleichwohl aufeinander bezogene und miteinander vereinbare Prozesse menschlichen Handelns dar (s. Baldwin 1992: 259). Was wir heute eher als ‚Routinehandeln‘ bezeichnen, wurde laut Strauss¹⁰⁹ (1991a: 23) von den nachfolgenden, an diese Tradition anknüpfenden Generationen zunehmend vernachlässigt. Mead und Dewey haben sich mit dieser Form des Handelns auseinandergesetzt und sind dabei der Frage nachgegangen, wie eine Integration von Routine und Neuem im Handeln erreicht werden kann. Ihre Arbeiten und die Weiterentwicklung dieser Gedanken durch Strauss liefern wichtige Anhaltspunkte für die handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells, da den menschlichen Gewohnheiten eine herausragende Rolle im Konzept der Aktivitäten des Lebens zukommt. In diesem Abschnitt soll der Funktion von Gewohnheiten im menschlichen Handeln sowie in den verschiedenen Formen pflegerischen Handelns nachgegangen werden. Hierbei werden die Begriffe ‚Routinen‘ und ‚Gewohnheiten‘ synonym benutzt.

¹⁰⁶ Auf die Bedeutung des Spiels für das menschliche Handeln habe ich bereits unter Pkt. 3.2.2.2 hingewiesen. Gesellschaftliche Kreativität verweist u.a. auf die Anpassungsfähigkeit der Gesellschaft und ihrer Mitglieder an sich ändernde Situationen und Umstände. Die von einer Gesellschaft verfolgten Werte, die im gesamtgesellschaftlichen ‚Me‘ repräsentiert sind, können in Extremsituationen dazu führen, dass der Mensch bereit ist, sich für diese aufzuopfern (s. MSS: 214; GIG: 258).

¹⁰⁷ Forte zitiert hier Siporin, wonach eine theoretische Orientierung für den Praktiker eine Struktur bestehend aus expliziten Theorien, Konzepten, Prinzipien, Prozeduren und Prozessen des Inkraftsetzens eines Wissensbereichs ist.

¹⁰⁸ Der Begriff Routine meint u.a. Übung, Gewandtheit, Gewohnheit, regelmäßig stattfindend.

¹⁰⁹ Eine Ausnahme bilden laut Strauss (1991a) die Arbeiten Goffmans. Strauss (1993) selbst hat sich in seinen letzten Lebensjahren mit diesem Thema intensiv auseinandergesetzt. Shannon Sullivan (2001) hat sich mit diesem Thema aus feministischer Sicht befasst und sich dabei vor allem auf Dewey gestützt.

Mead (GA II 57; PA: 68) geht von einer gegebenen unbestrittenen Welt aus oder, wie er sagt, von ‚a world that is there‘. In dieser Welt findet das menschliche Handeln statt und in diesem zeigt sich wiederum die ganze menschliche Intelligenz, die nicht nur in geistiger oder gedanklicher Form zum Ausdruck gebracht wird. Nach Mead weisen weder erworbene und angeeignete menschliche Gewohnheiten ein Verhalten aus, das die damit verbundenen geistigen Operationen offenlegt, noch findet ein Großteil des unmittelbaren Schlussfolgerns im Bereich, des Denkens statt. Baldwin (2002: 85) liefert das Beispiel eines Menschen, der auf der Straße von einem anderen nach dem Weg gefragt wird. Eine natürliche Reaktion bestehe darin, mit der Hand die Richtung anzuzeigen. Dieses Vorgehen ist normalerweise unproblematisch. Stellt sich jedoch heraus, dass der Fragende blind ist, dann ist diese Art der Richtungsbeschreibung nicht situationsangemessen und muss durch eine andere ersetzt werden.

Mead und Dewey betonen, dass menschliches Handeln auf Gewohnheiten, persönlichen, sozialen und institutionalisierten¹¹⁰ beruht. In Anlehnung an Dewey betont Garrison (2002: 12S) drei wichtige Aspekte von Gewohnheiten:

1. „Gewohnheiten sind soziale Funktionen.
2. Gewohnheiten sind eine zweite Natur, die unter normalen Umständen genau so mächtig und zwingend sein kann wie die erste.
3. Gewohnheiten erfordern die Kooperation mit der Umwelt“.

Was den ersten Aspekt betrifft, können Gewohnheiten nach Dewey (1922/2007: 14f) mit physiologischen Funktionen wie dem Atmen verglichen werden. Allerdings handelt es sich um sozial erworbene Funktionen, die dem Menschen ermöglichen, seine Umwelt zu nutzen und diese beim Handeln mit einzubeziehen. Gewohnheiten stellen eine Form von ‚Kunstfertigkeit‘ dar, insofern sie

„Fertigkeiten der sensorischen und motorischen Organe erfordern, Geschicklichkeit und objektive Materialien. Sie assimilieren objektive Energien, und sie treten in die Herrschaft der Umwelt ein. Sie erfordern Ordnung, Disziplin und offensichtliche Techniken. Sie haben einen Beginn, eine Mitte und ein Ende. Jede Phase markiert einen Fortschritt durch den Umgang mit Materialien und Werkzeugen beim Fortschreiten der Verarbeitung der Materialien für den aktiven Gebrauch (Dewey 1922/2007: 15).“

Gewohnheiten haben eine lebendige Funktion. Sie sind Mittel zum Zweck, d.h. zur Lebenserhaltung. Sie bilden sich im Rahmen der Sozialisation und in der aktiven Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt aus. Sie sind im Handlungsfluss verankert und ermöglichen nach Mead eine gewisse ‚Handlungsökonomie‘ (s. SW: 127; GA I: 215, Dewey 1993: 73). Erst eine Störung des Handlungsflusses lässt den Menschen innehalten. Dies bedeutet, dass unsere

„Gefühle und Ideen, die der ‚Stoff‘ von Gedanken und Zielen sind, gleichermaßen durch Gewohnheiten (beeinflusst werden), die in Handlungen manifest werden, die wiederum die Quelle von Gefühlen und Bedeutungen sind“ (Dewey 1922/2007: 31).

In unseren Gewohnheiten und Gepflogenheiten, d.h. in der Art und Weise wie wir uns bewegen, wie wir sprechen, wie wir unterschiedliche Aufgaben angehen, oder wie wir denken, verdichten sich nach Mitchell (2000: 147) sozusagen die gesamten Transaktionen eines Menschen und seiner Umwelt. Wird dies auf das Konzept der ‚Aktivitäten des Lebens‘ bezogen, dann liegt auf der Hand, dass die mit den einzelnen Aktivitäten des Lebens verbundenen Gewohnheiten nicht nur beim einzelnen Menschen, sondern auch zwischen den Menschen eine außerordentliche Spannbreite und Vielfalt aufweisen können. Nach Dewey sind Gewohnheiten mit der Wirkungsweise eines Filters vergleichbar, der

„[...] alles Material, das unsere Wahrnehmung und unser Denken erreicht [filtert]. Dieser Filter ist jedoch nicht chemisch rein. Er ist eine Gegenkraft, die neue Qualitäten hinzufügt und das, was aufgenommen wird, neu arrangiert. Unsere Ideen wiederum sind von Erfahrungen abhängig, ebenso wie unsere Gefühle/Empfindungen. Und die Erfahrungen, von denen beide abhängig sind, sind die Funktionsweise von Ge-

¹¹⁰ Wie Baldwin (1992: 259) feststellt, war sich Mead bewusst, dass Gewohnheiten oftmals adaptiver Art sind und dass diese Form des intelligenten Handelns nicht auf der Basis des bewussten Denkens beruht.

wohnheiten – ursprünglich von Instinkten. Folglich erreichen uns unsere Zwecke und Befehle bezüglich unseres Handelns mittels des ‚strahlenbrechenden‘ (spiegelnden) Mediums unserer körperlichen und moralischen Gewohnheiten. [...] Ein unmittelbares, scheinbar instinktives Gefühl für die Richtung und für das Ziel verschiedener Handlungslinien ist in Wirklichkeit das Gefühl von Gewohnheiten, die unterhalb des direkten Bewusstseins arbeiten“ (Dewey 1922/2007: 32).

Die im menschlichen Handeln verankerten Gewohnheiten wirken bei diesem und können nur in diesem zum Ausdruck gelangen. Der Begriff ‚Gewohnheit‘ bezeichnet menschliches Handeln,

„das durch vorheriges Handeln beeinflusst und in einem gewissen Sinn erworben worden ist; die Gewohnheit enthält selbst eine gewisse Ordnung oder Systematisierung kleiner Handlungselemente, die projektiv sind, dynamisch, bereit zur offenen Manifestation und die in einer abgeschwächten untergeordneten Form auch dann funktionsfähig sind, wenn sie die offensichtliche Handlung nicht beherrschen“ (Dewey 1922/2007: 40f, s. auch Strauss 1991a: 9).

Daher greift es zu kurz, Gewohnheiten nur mit Wiederholung zu assoziieren. Sie müssen laut Dewey vielmehr als Dispositionen verstanden werden, in einer bestimmten Form zu reagieren bzw. sich zu verhalten. Sie verkörpern eine spezifische Sensibilität oder Zugänglichkeit zu bestimmten Klassen von Stimuli, zu bestehenden Vorlieben und Abneigungen, statt die bloße Wiederholung bestimmter Handlungen zu sein. Gewohnheiten haben mit Willen zu tun und, wie Sullivan (2001: 35) betont, mit Handlungsfähigkeit (agency). Dieses zeigt sich besonders deutlich in der Fähigkeit zur Fortbewegung und zur Nutzung der Sprache. In diesem Zusammenhang ist auch der *adaptive Charakter* von Gewohnheiten zu sehen, den Mead am Beispiel des Überquerens einer Straße illustriert. Hiernach passt sich der Mensch der jeweiligen Situation an, ohne sich dessen immer bewusst zu sein. Dies verweist auf eine ‚schützende Sensibilisierung‘ des Menschen, die genetischen Ursprungs ist. Die Anpassung des Menschen kommt in seinen Handlungsimpulsen zum Ausdruck, die immer in Bezug zur spezifischen Umwelt stehen, in die das Handeln eingebettet ist und das auf die Erhaltung des Lebensprozesses mittels der Selektion der hierfür geforderten Stimuli gerichtet ist. So gesehen schafft sich der Mensch seine Umwelt (SW: 112, s. auch Baldwin 1992: 259).

Dewey und Mead verweisen immer wieder auf den gesamten Handlungszusammenhang und darauf, dass das Handeln einschließlich des gewohnheitsmäßigen Handelns immer in Beziehung zur sozialen Umwelt sowie in einer spezifischen Situation erfolgt. So können nach Mead (PP: 53)

„die Haltungen unseres Organismus vielleicht der Stoff genannt werden, aus dem Ideen entstehen. Es handelt sich um Gewohnheiten, wenn wir in die Vergangenheit zurückschauen und bezogen auf die Ergebnisse ihrer Antworten um frühe ‚adjustments‘ innerhalb der Handlung, wenn wir in die Zukunft sehen. Diese gehören bislang zu dem, was wir die *unmittelbare Vergangenheit* und *Zukunft* nennen könnten“.

Und weiter heißt es:

„Diese Beziehung, die zwischen einem Ereignis und seiner Situation besteht, zwischen einem Organismus und seiner Umwelt, mit ihrer wechselseitigen Abhängigkeit, bringt uns zur Relativität und zu den Perspektiven in denen dieses [Ereignis, Hinzufügung MMK] in der Erfahrung erscheint. Die Beschaffenheit der Umwelt antwortet auf die Gewohnheiten und auf die selektiven Haltungen des Organismus, und die Merkmale, die zu den Objekten in der Umwelt gehören, können nur in Begriffen der Sensibilität dieser Organismen ausgedrückt werden. Das Gleiche trifft auf Ideen zu. Der Organismus steht durch seine Gewohnheiten und antizipatorischen Haltungen selbst in Beziehung zu dem, was über seine unmittelbare Gegenwart hinausreicht“ (PP: 53).

Das auf sich selbst bezogene pflegerische Handeln eines gesunden Menschen ist eingebettet in eine Vielzahl von Handlungen, Interaktionen und Transaktionen in Zusammenhang mit den Aktivitäten des Lebens. Die sich dahinter verbergenden Gewohnheiten bzw. Routinen, die sich der Mensch im Rahmen seiner Sozialisation angeeignet hat, sind für ihn mit bestimmten Werten verbunden (s. auch Mitchell 2000: 147). In diesem Zusammenhang ist der Umstand anzuerkennen, dass jeder Mensch ‚seine menschliche Karriere als hilfloses abhängiges Wesen‘ beginnt und dass die Plastizität des menschlichen Wesens die Vermittlung menschlicher Handlungsfähigkeiten ebenso wie pflegerischer Handlungskompetenzen prinzipiell in einem sehr begrenzten, aber auch in

einem sehr weiten Rahmen ermöglicht. Wie Dewey (1922/2007) betont, kann diese Plastizität eines Kindes von Erwachsenen als Aufforderung aufgefasst werden, dem Kind ein Umfeld zu bieten, wo das Kind von dem ihm zur Verfügung stehenden Fähigkeiten vollen Gebrauch machen kann, indem es die Gewohnheit zu lernen erwirbt (s. Dewey 1993: 69). Die menschliche Plastizität oder Formbarkeit kann aber auch als Mittel der Unterwerfung unter die Gewohnheiten der Erwachsenen benutzt werden (s. auch Deegan 1988: 299). Die Ausbildung von Gewohnheiten hängt somit nicht nur von physischen, sondern auch von sozialen Bedingungen ab. Die im Rahmen der Sozialisation ausgebildeten pflegerischen Handlungskompetenzen können als Ergebnis der Ausbildung von Handlungsrouniten sehr rigide sein, sie können aber auch eine gewisse, durch frühere Erfahrungen geformte ‚Kunstfertigkeit‘ widerspiegeln und äußerst flexibel sein (s. Dewey 1922/2007: 64f; Hester 2001: 5).

Alle Gewohnheiten beruhen auf einer Art ‚Mechanisierung‘ oder auch ‚Automatisierung‘, die diese physiologisch verankern und die bei entsprechenden Hinweisen spontan und automatisch funktionieren. Nach Mead können wir davon ausgehen, dass ein Großteil unseres Handelns bezogen auf die ‚Aktivitäten des Lebens‘ auf unbewusster Ebene oder im Bereich des unmittelbaren Handelns abläuft. Dies ist ein Ergebnis des oben erwähnten Vorgangs der Mechanisierung oder auch Routinisierung. Am Beispiel der Planung einer Reise erläutert er (MSS: 126f; GIG: 167f) zum einen die Funktionsweise des zentralen Nervensystems, zum anderen die von Gewohnheiten. Die Planung einer solchen Reise kann in mehrere Teilaktivitäten zergliedert werden, bei der der Mensch auf eine Gruppe von untereinander in Beziehung stehenden Gewohnheiten zurückgreift. Nicht alle laufen bewusst ab. Sie werden uns erst bewusst, wenn ein Problem auftaucht (s. MSS: 90.ff). In diesem Zusammenhang ist die von Strauss (1993: 191ff, Mitchell 2000: 149) vorgenommene Differenzierung zwischen Routinen und Nichtrouniten sowie zwischen Routinen und regelmäßigem Handeln aufschlussreich. Sie ist für das pflegerische Handeln ebenso von Bedeutung wie die Idee, dass in jedem Handeln, auch wenn es zum ersten Mal erfolgt, Aspekte von Routinen in Form von körperlichen Fähigkeiten oder kulturell abgeleiteten Gesten, von Sprechen und Hören enthalten sind (s. Strauss 1993: 193). Wird das Wort Routine weiter ausgedehnt, so kann man behaupten, dass die Wahrnehmung und Erinnerung, die in jede nichtreflexive Handlung einfließen und diese ermöglichen, durch wiederholte Erfahrungen in der sozialen Welt routinisiert worden sind. Wiederholen sich Handlungen immer wieder, werden sie mit der Zeit zum selbstverständlichen Handeln, das – wie erwähnt –, mehr oder weniger bewusstseinsfern abläuft. Erst in problematischen Situationen werden sie zum Gegenstand von Selbstreflexion. In diesem Kontext muss auch das Versuch-und-Irrtum-Handeln gesehen werden, das vor allem auf Gewohnheiten basiert.

Die erwähnte Routinisierung des Handelns kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen. Zur Verdeutlichung dieses Sachverhalts bedienen sich Mead und Dewey des Beispiels eines Künstlers. Künstler liefern für Dewey (1922/ 2007: 71) das Beispiel ‚meisterhafter Techniker‘, deren Techniken von Gedanken und Gefühlen durchdrungen sind. Künstler haben die Möglichkeit, ihr Können auf zwei grundverschiedene Arten darzustellen. Die eine ist *mechanisch*. Hier dominiert der *Mechanismus der Routinisierung* das Geschehen. Das Können des Künstlers kann sich aber auch darin zeigen, dass er *sein Instrument* bzw. *sein jeweiliges Metier* aufgrund einer kontinuierlichen Einübung der dafür erforderlichen Fähigkeiten *beherrscht* und dass er von dieser ‚mechanischen‘ Fertigkeit durch seine Einfühlung und Vorstellungskraft Besitz genommen hat, so dass diese zu einem *flexiblen Instrument* seines Denkens wird. Dewey unterscheidet zwischen intelligenten und routinemäßigen Gewohnheiten¹¹¹. Der Unterschied zwischen beiden besteht in ihrer Anpassungsfähigkeit an sich ändernde Bedingungen (s. auch Sullivan 2001: 33). Gewohnheiten können einen Menschen ‚beherrschen‘, etwa die Gewohnheit zu rauchen, oder wenn ein Mensch Dinge nur auf eine ganz bestimmte eingefahrene Art und Weise tut, ohne von seinen geistigen Möglichkeiten Gebrauch zu machen¹¹². Eine andere Situation liegt beim Künstler vor. Hier kann der Mensch auf eine Gewohnheit zurückgreifen und diese frei sowie situationsangemessen nutzen und variieren

¹¹¹ Hierunter versteht er vor allem ein geistloses Handeln.

¹¹² Weil es immer schon so gemacht worden ist.

(s. auch Dewey 1993: 74f). Beim pflegerischen Handeln in seinen unterschiedlichen Formen, das größtenteils Routinehandeln ist, geht es darum, wie wir Gewohnheiten¹¹³ nutzen, ob wir uns von ihnen beherrschen lassen oder ob wir über sie verfügen. Dies verweist auf den zweiten und den dritten von Garrison genannten Aspekt von Gewohnheiten.

Die Fähigkeit des Menschen viele verschiedene Routinen zu beherrschen, bezeichnet nach Dewey (1995: 269) eine hohe Sensibilität, eine Explosionsfähigkeit. Ihm zufolge kann eine alte Gewohnheit wie ‚ein starres ausgefahrenes Gleis‘ wirken und der Ausbildung einer neuen Gewohnheit entgegenstehen. Die Tendenz, eine neue Gewohnheit zu bilden, unterbricht hingegen eine alte Gewohnheit, was zu Instabilität, Neuheit, Emergenz und unerwarteten und nicht voraussagbaren Kombinationen führt. In diesem Zusammenhang kommt ein weiterer Aspekt zum Tragen, der in der Pflege Berücksichtigung finden sollte. Menschliches und somit auch pflegerisches Handeln sind in kulturelle Normen¹¹⁴ und Traditionen eingebettet. Diese bilden die Standards für das persönliche Handeln. Sie sind das Muster, an dem sich der einzelne Mensch abarbeiten muss. Hierbei hat der Mensch allerdings die Möglichkeit, die gesellschaftlichen Vorgaben entsprechend den situativen Bedingungen neu zu gestalten. Er kann, sofern er will, Sitten intelligent an Bedingungen anpassen und sie so neu schaffen. Sitten konstituieren in jedem Fall Standards. Sie stellen aktive Anforderungen an bestimmte Handlungen dar. Da Gewohnheit unbewusste Erwartungen schaffen, fungieren sie wie eine Perspektive. Sie sind wie Energien, die in gewisse Kanäle oder auch Handlungsmuster umgeleitet werden. Kommt es zu einer Störung, ist die hervorgerufene Emotion das Ergebnis des Zusammenbruchs bzw. Versagens von Gewohnheiten. Die Reflexion ist laut Dewey (1922/2007: 75f) hingegen die schmerzhaft Bemühung, diese neu auszurichten.

Ein weiterer für die Pflege wichtiger Aspekt besteht darin, wie Gewohnheiten, etwa das Gehen, Sich-Waschen, Sprechen, Denken vermittelt worden sind und welche Erfahrungen damit verbunden werden. Es geht darum, wie sich diese Gewohnheiten im Rahmen der Sozialisation ausbilden konnten. Nach Dewey (1922/2007: 70) können die Erfahrungen, die ein Mensch bei der Ausbildung seiner Gewohnheiten erfährt, durch die Art der Unterstützung oder durch die Rollenbilder, die er hierbei von den ihn umgebenden Menschen erhalten hat, sowohl mit negativen, eingrenzenden Erfahrungen als auch mit positiven, befähigenden Erfahrungen verbunden sein. Das Kind eignet sich die für sein Überleben wichtigen Gewohnheiten über seine Beziehungen zu anderen Menschen erst an. Ausgangspunkt dieses Lernprozesses sind die originär ungelernen Handlungen, die in diesem Prozess ihren unverwechselbaren Platz haben und wichtig sind. Impulse werden von Dewey als Angelpunkte betrachtet, über die die Reorganisation der Handlungen erfolgt. Sie sind die Kräfte oder auch die Wirkungen von Abweichungen, die alten Gewohnheiten eine neue Richtung geben und ihre Qualität verändern (Dewey 1922/2007: 92f, Strauss 1991a: 9). Kinder sind zuerst noch nicht in der Lage, ihre diversen Handlungsimpulse zu koordinieren. Sie sind hierbei auf die Unterstützung von Erwachsenen angewiesen. Die Impulse des Kindes sind nach Dewey (1922/2007: 94)

„lediglich Ansatzpunkte für die Assimilation von Wissen und von Fertigkeiten erwachsener Personen, von denen sie (die Kinder) abhängig sind. Sie sind Fühler, die ausgestreckt werden, um die Nahrung aus den Sitten zu ziehen, die mit der Zeit dazu führen, dass das Kind zu einem unabhängigen Handeln in der Lage ist. Sie sind Kräfte für die Überführung [transfer] von bestehenden sozialen Fähigkeiten in persönliche Fähigkeiten. Sie sind Mittel eines rekonstruktiven Wachstums. [...] Angeborene Aktivitäten sind Organe der Neu-Organisation und Neu-Anpassung“

Bei der Ausbildung von Gewohnheiten und Handlungsmustern kommt dem Menschen seine Fähigkeit zur Selbstreflexion zugute. Sie ermöglicht ihm, sein tägliches Handeln immer wieder zu verbessern, zu verfeinern oder durch die Einschaltung von Maschinen (etwa Fahrzeugen) oder Hilfsgeräten (Brille, Hörgerät, Gehhilfe usw.) zu erweitern und Mängel zu kompensieren. Alle diese verschiedenen Aktivitäten

¹¹³ In dem Kompetenzstufenmodell von Benner (1984) sind ExpertInnen jene, die über ihre Gewohnheiten frei verfügen können, sie meisterhaft und virtuos beherrschen.

¹¹⁴ Dewey spricht von ‚customs‘, was mit Sitte, Brauch, Gepflogenheit oder Gewohnheit übersetzt werden kann.

„sind das Ergebnis langer Übungen, welche oft mit kulturellen Werten belegt oder von Ideologie und technischem Wissen bestimmt sind“ (Strauss 1988: 93).

Werden die Ideen der Pragmatisten ernst genommen, dann enthält – wie oben erwähnt –, jede Handlung neben routinisierten Aspekten immer auch neue Aspekte. Denn jede Handlungssituation erfordert eine gewisse Anpassung, und sei es eine geringe. Die routinisierten Handlungsaspekte kann man sich nach Strauss (1993: 194) auch als Ressourcen vorstellen,

„als eine Ansammlung von Ressourcen, die wörtlich gesprochen in die Handlung eingebaut sind“.

Da sich in den Gewohnheiten eines Menschen seine Art ebenso wie sein Wissen von der Welt darstellt und diese seine Leistungs- und Handlungsfähigkeit verkörpern, gilt es diese Ressourcen, mit Blick auf die pflegerische Handlungsfähigkeit eines Menschen im wahrsten Sinne des Wortes zu entdecken! Sich neue Gewohnheiten anzueignen ist etwas Positives, weil es neue Möglichkeiten eröffnet. Es beinhaltet eine Befähigung und eine Erweiterung der Leistungsfähigkeit¹¹⁵. Wichtig sind hierbei, wie Strauss betont, die Bedingungen des Handelns. Sie sind Eckdaten dessen, was möglich ist. Sie bestimmen in gewisser Weise die Spezifität des Handelns. Sie können im Handelnden selber liegen (z.B. körperlicher Zustand, sein Vorstellungsvermögen), aber auch durch äußere Faktoren bestimmt sein, etwa ob die Pflege in der gewohnten oder in einer fremden Umgebung erfolgt. Diese verschiedenen Bedingungen können in einer Handlungssituation die Balance zwischen Routine und Nichtroutine ändern. Der Mensch hat laut Mead (SW: 129) in einer Situation unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten. Es besteht die Möglichkeit der Auswahl von Gewohnheiten. Wie er/sie auf eine bestimmte Situation reagiert, hängt von der selektiven Fähigkeit des Vorstellungsvermögens eines Menschen ab, von der Vertrautheit mit einer Situation, von der eigenen Geschicklichkeit und Beweglichkeit im geistigen, psychischen und physischen Sinn (s. auch Dewey 1993: 73). Die Bedeutung, die sozialen und kulturellen Faktoren bei der Ausbildung und Veränderung von Gewohnheiten zukommt, ist insbesondere in Bezug auf Gender nicht zu unterschätzen. Vergeschlechtlichtes Verhalten oder Vorstellungen davon münden in unsere Gewohnheiten, insbesondere die körperlichen, mit ein (s. Sullivan 2001: 92f). Hiervon ist auch das pflegerische Handeln¹¹⁶ betroffen.

Pflegerisches Handeln ist auf das Selbst des zu pflegenden Menschen wie auch auf den Körper gerichtet. Unter Pkt. 3.3.1.2 ist auf die Bedeutung des Körpers für das menschliche Handeln schon eingegangen worden. Hier soll dieser Faden wieder aufgenommen werden. Zeitgenössische und historische Untersuchungen zum Körper und zu krankheitsbedingten Veränderungen des Körperbilds¹¹⁷ zeigen, dass dem gesellschaftlichen Stellenwert, der dem Körper beigemessen wird, eine zentrale Rolle zukommt. Diese Wertschätzung vermittelt sich in den Beziehungen der Menschen zueinander und wirkt sich auf das unmittelbare Handeln und somit auf die einzelnen Aktivitäten des Lebens mehr oder weniger stark aus. Das bedeutet, dass die Haltung, die ein Mensch zu den einzelnen Aktivitäten des Lebens einnimmt, neben der kognitiven auch eine emotionale Seite hat, die sich in bestimmten Handlungsmustern niederschlägt¹¹⁸. Die Sicherheit, mit der ein Mensch die in den Aktivitäten des Lebens wiederkehrenden Gewohnheiten oder Handlungen im Sinne spezifischer Handlungsmuster ausführt, unterliegt, wie oben angedeutet, Bedingungen – in diesem Fall gewissen Schwankungen (nach Tagesform, Tageszeit, Rhythmus) und ist an die jeweilige Situation gebunden. Dieses kann zu einer Abweichung von der gewohnten

¹¹⁵ Sullivan (2001: 92) bringt das Beispiel des Autofahrens und die Fähigkeit, in ‚Stöckelschuhen‘ zu gehen. Sie will darauf hinaus, dass Gewohnheiten Veränderungen unterliegen, d.h. sie können transformiert werden.

¹¹⁶ Bei der Diskussion der Aktivitäten des Lebens, unter die auch die Aktivität ‚seine Geschlechtlichkeit leben‘ zählt, ist mir in einem Zeitraum von mehr als zwanzig Jahren in den unterschiedlichsten Gruppenzusammenhängen immer wieder aufgefallen, dass diese Aktivität spontan nicht thematisiert wird.

¹¹⁷ Zu ersterem siehe bspw. Featherstone/Hepworth/Turner 1991, Kamper/Wulf 1982, Martin/ Gutman/Hutton 1988, O’Neill 1990, Gugutzer 2002, Stockmeyer 2004, zum zweiten Punkt siehe Deeny/McCrea 1991, Kesselring 1990, Morse/Johnson 1991, Newell 1991, 2000, Price 1990, Sacks 1989, Salter 1997, Uschok 2008

¹¹⁸ Mitchell (2000: 149) erwähnt das Toilettentraining des Kindes. Hierbei eignen sich Kinder eine bestimmte Abneigung gegenüber ihren Ausscheidungen an, sie assoziieren sie mit Dreck, Gestank etc.. Weiter lernen sie intellektuell, was Ausscheiden bedeutet und über welche Fähigkeiten sie dabei verfügen müssen, was alles dazu gehört und was nicht. Die damit verbundenen Aktivitäten sind kulturell geformt und werden entsprechend kultiviert.

Routine bzw. von den gewohnten Handlungsabläufen bzw. Handlungsmustern führen. Darüber hinaus ist die Handlungsfähigkeit eines Menschen nicht nur eine Frage seiner Leistungsfähigkeit und ebenso wenig nur abhängig von körperlichen Bedingungen. Sie hängt genauso von Zufällen, Gegebenheiten und Umständen ab. So kann der Mensch unter bestimmten Umständen sein gewohntes Leistungsniveau nicht erbringen. Es bedarf gewisser Anpassungen, damit das Zusammenspiel von Körper- und Umweltbedingungen wieder gelingt. Dafür und zur Bewältigung einer Unterbrechung des gewohnten Handlungsverlaufs hat der Mensch unterschiedliche Strategien, Techniken und Hilfsmittel entwickelt, die es ihm ermöglichen, mit solchen Situationen und Herausforderungen fertig zu werden (Strauss 1988: 95). Eine hiervon ist die Selbsttäuschung. Diese Form des Handelns kann auch in pflegerischen Situationen immer wieder beobachtet werden. Sie kann ein Hinweis dafür sein, dass der zu pflegende Mensch seine gegenwärtige Situation nicht wahrhaben will oder akzeptieren kann¹¹⁹. Im Umgang mit Körperbeschwerden hat der Mensch ebenfalls vielfältige Strategien ausgebildet. Man bittet jemand anderen um Hilfe, schiebt Dinge auf, benutzt Hilfsmittel etc. (s. Strauss 1988: 94). Eine andere Form besteht im Kaschieren bzw. Verstecken durch Kleidung (s. Stone 1981, Field 1978). Bei der Rekonfiguration alltäglicher Handlungsroutinen im Falle von Einschränkungen unterschiedlichster Art (chronische Krankheit, Pflegebedürftigkeit, veränderte Rahmenbedingungen) spielen räumlich-zeitliche Aspekte ebenso eine Rolle wie das Zusammenspiel zwischen Körper, Selbst und sozialem Umfeld. Hierbei kommt der Darstellung der eigenen Person als leistungsfähige, moralisch kompetente Person eine wichtige Rolle zu. Nach Rosenfeld/ Faircloth (2004: 516) haben die gewählten Bewältigungsstrategien nicht nur Einfluss auf die physische Erscheinung, sie formen in der Interaktion mit anderen Menschen auch die entstehende Identität (z.B. als von anderen Personen abhängige etc.). Sie verweisen auf die Bedeutung, die der Inanspruchnahme von Hilfe beigemessen wird. Diese kann seitens derjenigen, die um Hilfe gebeten werden als Faulheit oder als legitimierte Notwendigkeit aufgrund eines objektiven Unvermögens ausgelegt werden.

Da der Mensch seinen Körper als Objekt begreifen kann, ist er nicht nur beim Handeln auf seinen Körper angewiesen, sondern er/sie kann auch in Hinblick auf seinen Körper handeln. Durch entsprechende Übungen kann er/sie seine bzw. ihre körperliche Leistungsfähigkeit verbessern. In diesem Prozess bewertet er/sie auch die Handlungen, die zu dieser Verbesserung führen, wie z.B. die Atemtechnik beim Schwimmen, die Reaktionsfähigkeit des Körpers beim sportlichen Wettkampf, oder den Umgang mit einer Gehhilfe etc. Daher muss er/sie die körperlichen Fähigkeiten und Reaktionen vor und nach einer Handlung in seine Überlegungen mit einbeziehen. Die Menschen denken über ihre Handlungsmöglichkeiten, d.h. über ihre geistigen wie körperliche Fähigkeiten nach. Das Nachdenken über den eigenen Körper beinhaltet eine kontinuierliche innerliche, geistige Auseinandersetzung zwischen den verschiedenen Aspekten des Selbst. Hierzu gehören:

- “die Vorstellungen von einem Bild bzw. Entwurf des eigenen Körpers
- die Reaktionen auf dieses Bild, vielleicht auch noch die Reaktionen auf die Reaktionen
- schließlich die Handlungen, die auf den Körper als solchen gerichtet sind
- sowie die Beobachtung des Körpers in Aktion und der Reaktionen auf diese Aktion“ (Strauss 1988: 96).

Alle Menschen sind mehr oder weniger körperlichen Einschränkungen unterworfen, insofern das, was wir mit unserem Körpern tun können, auch von unseren körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, sprich angeeigneten Gewohnheiten, abhängt. Wir lernen, damit umzugehen, ebenso wie wir lernen, unserem Körper und den Signalen, die er aussendet, zu vertrauen. Corbin (2003: 257) sagt, dass

„wir unseren Körper als selbstverständlich nehmen und unsere Selbstkonzeptionen und Identitäten um das herum, was wir tun können, aufbauen und weniger um das herum, was wir nicht tun können“.

¹¹⁹ Mitchell (2000: 148) führt ein Beispiel einer solchen Selbsttäuschung an, wo der betroffene Mensch bestimmte Hinweise seines Körpers nicht wahrhaben wollte. Sie passten nicht mit seinem Selbstkonzept und seinem Eintreten für die Legalisierung von Steroiden zusammen. Charmaz (1991) weist ebenfalls auf die Strategie der Selbsttäuschung hin, aber auch auf weitere Strategien wie die der Konstruktion von ‚fiktionalen Identitäten‘.

Hinter der Art, wie wir mit unserem Körper umgehen, ihn pflegen, ausstatten, verschönern, wie wir unsere körperlichen Fertigkeiten und unsere Ausdauer trainieren, wie wir auf unsere körperliche, psychische und geistige Leistungsfähigkeit einwirken, verbergen sich Gewohnheiten, die mit Werten besetzt sind und die für die Aufrechterhaltung des Selbst, des Selbstkonzepts und Körperbilds wesentlich sind¹²⁰.

Für das pflegerische Handeln verändert das Aufkommen von Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit die Bedingungen dieses Handelns. In den Aktivitäten des Lebens kommen sowohl die physischen als auch die mentalen Fähigkeiten und Reaktionen des Menschen zum Tragen. Wie bereits erwähnt, läuft ein nicht geringer Anteil dieses Handelns mit nahezu gewohnheitsmäßiger Mechanik ab, geschieht quasi *wie von selbst*. Solche ‚Routinehandlungen‘, wie etwa die tägliche Körperpflege oder die Nahrungsaufnahme als Form eines auf sich selbst bezogenen pflegerischen Handelns werden als selbstverständlich genommen. Sie stellen, anders gesagt, *erfolgreiche Gewohnheiten*¹²¹ dar. Hierin liegt auch der Grund, warum die Beschäftigung damit so unwichtig erscheint. Sie geraten erst in problematischen Situationen ins Bewusstsein, also dann, wenn sie sich im täglichen Handeln nicht mehr bewähren. Handlungsrouinen und die darin verkörperten Handlungsmuster verweisen zum einen auf frühere erfolgreiche Antworten auf problematische Handlungssituationen, zum anderen auf gewisse Vorlieben eines Menschen (Strauss 1993: 195). Bei der Pflege lassen sich Gewohnheiten auch als Zeichen deuten, die genutzt werden können, um Bedeutungen und Beziehungen herzustellen, was für ein koordiniertes Handeln wichtig ist. Erst die Beschäftigung mit Gewohnheiten schafft die Möglichkeit, an die pflegerischen Handlungskompetenzen eines Menschen anzuknüpfen (s. Garrison 2002, auch Pkt. 3.2.2.2).

Wie unter Pkt. 3.3.2 dargestellt, verläuft menschliches Handeln prozesshaft, d.h. in Phasen. In den verschiedenen Phasen eines Handlungsverlaufs können je nach Situation und Gegebenheit mehr mentale oder mehr physische Prozesse im Vordergrund stehen. Corbin/ Strauss (1988/1993: 48) zeigen auf, dass der Mensch zur Durchführung einer Handlung auf seinen Körper angewiesen ist und zwar auf einen Körper, der ihm ermöglicht, die mentalen und physischen Prozesse harmonisch auf die Vollendung des Handlungsakts auszurichten. Bei den sogenannten ‚erfolgreichen Routinen‘ ist dies der Fall, wohingegen beim Handeln in neuen Situationen oder bei ungewohnten Aufgaben die einzelnen Prozesse erst aufeinander abgestimmt werden müssen. Dies erfordert dann die mehr oder weniger volle Aufmerksamkeit des Handelnden. Die Durchführung einer Handlung kann einfach oder komplex sein. Sie kann die Einbeziehung einer oder mehrerer Personen erfordern. Sie kann von kurzer oder langer Dauer sein und sie kann ein mehr oder weniger bestimmtes Ziel verfolgen. Bestimmte Aspekte können dem Handelnden oder den Beteiligten bewusst oder nicht bewusst sein. Nach Corbin/Strauss (1988/1993: 57/49) können im Zusammenhang mit einer Handlung (Leistungsfähigkeit/Performance) verschiedene Dimensionen unterschieden werden:

1. Handeln für sich selbst
2. Handeln für andere
3. Handeln vor anderen
4. Handeln mit anderen
5. Handeln durch andere
6. das äußere Erscheinungsbild der Handlung
7. und das Erscheinungsbild des Handelnden.

Diese Dimensionen werden beim Handeln, also bei der Ausübung der Aktivitäten des Lebens, auf unterschiedlichste Art und Weise kombiniert. Erweist sich das Handeln als erfolgreich, wirkt es sich positiv auf das Selbst, das Selbstkonzept und das Körperbild aus. Ist dies nicht der Fall, werden diese in Frage gestellt und ggf. einer

¹²⁰ In diese Richtung weisen auch die Bemühungen von Patienten, wenn sie bspw. nach einer Operation an ihre gewohnten Aktivitäten anknüpfen wollen. Hierbei tasten sie sich in der Regel langsam an ihr gewohntes Leistungsniveau wieder heran. Es kann aber auch sein, dass sie lernen müssen, dass dies nicht mehr in der gewohnten Weise erreichbar sein wird.

¹²¹ Diese Gewohnheiten werden im normalen Handlungsfluss an veränderte Rahmenbedingungen angepasst. Anpassung wird hier in einem aktiven Sinn verstanden und von einer passiven Anpassung unterschieden. Hierbei kann es sich um geringfügige Anpassungen handeln, die den Fortgang der Handlung sicherstellen.

Änderung unterzogen. Mit Blick auf die Durchführung von Handlungen etwa im Zusammenhang mit den Aktivitäten des Lebens verweist Strauss (1993: 121) auf die Bedeutung von ‚Körperprozessen‘. Diese dienen dazu, die Durchführung von Handlungen, die Erscheinung des Menschen oder seine Repräsentation zu verbessern, zu fördern, aufrechtzuerhalten, bzw. zu verunglimpfen, zu zerstören oder zu verändern. Durch diese Prozesse erfolgt die Formung des Selbst, der Identität¹²², der eigenen Biografie und von körperlichen Eigenschaften. Zu diesen Prozessen zählt nach Strauss (1993: 122) auch eine bestimmte Art sich zu kleiden, der Schutz des Körpers, sein Missbrauch, die spezielle Formung oder Darstellung des Körpers, das Trainieren des Körpers, mit dem Körper zu arbeiten oder Erfahrungen mit dem Körper zu machen. Bisher wurden Gewohnheiten und Routinen auf der personalen Ebene betrachtet. Es ist aber notwendig, ihre Funktionsweise in einem erweiterten Kontext, d.h. im institutionellen Rahmen wie Familie, Organisation oder Beruf zu sehen (s. auch MT 364f). In diesem Zusammenhang lenkt Strauss (1993: 196) den Blick auf eine bisher eher implizit genannte Funktion von Gewohnheiten und zwar auf ihren Beitrag zur Effizienz (Leistungs- bzw. Funktionsfähigkeit) und/oder ihre Wirksamkeit¹²³.

Im organisatorischen Kontext etwa der beruflichen/professionellen Pflege nehmen die im Zusammenhang mit den Aktivitäten des Lebens stehenden pflegerischen Maßnahmen die Form von beruflichen Routinen bzw. Gewohnheiten an. Diese werden u.a. durch die in der Berufsgruppe hierzu entwickelten allgemeinen Vorstellungen, Werte und durch das dazu vorliegende Wissen geformt. In den jeweiligen Teams werden sie weiter gehegt und gepflegt, d.h. kultiviert (s. auch Mitchell 2000: 149). Sie verweisen auf die allgemeine Funktion und berufliche Rolle einer/s Gesundheits- und Krankenpflegerin/s, deren sachgerechte Ausführung den Einzelnen eine gewisse Sicherheit verleiht, aber auch ein Gefühl der Zugehörigkeit zum Team X bzw. zur Berufsgruppe. Die beruflichen Routinen erfordern intellektuell-kognitive, aber auch manuelle Fähigkeiten, die emotional getönt sind. Weiter verkörpern sie die von der Berufsgruppe gepflegten Werte. Die in einer Berufsgruppe entwickelten Routinen werden im organisatorischen Kontext mittels Arrangements in Kraft gesetzt. Sie beruhen auf expliziten oder stillschweigenden Übereinkünften zwischen oder unter den Handelnden. Diese Arrangements sind Ergebnis von Aushandlungsprozessen, von Überzeugungsarbeit, Zwang oder Manipulation (s. Strauss 1993: 196). Sie werden häufig zu Regeln und Anordnungen sowie zu institutionalisierten Routinen. In diesem Kontext ist das Festhalten an wirkungslosen oder ineffektiven Routinen zu sehen. Deren Beibehaltung kann seitens mächtiger Interessengruppen bei Verletzung organisatorischer Regeln, die die zuvor symbolisch konsensual oder ausgehandelten Übereinkünfte verdrängen sollen, durch Sanktionen abgesichert werden. Wie schwierig es offenbar ist, in Organisationen zu einer Neuausrichtung organisatorischer Routinen zu gelangen, veranschaulicht Strauss am Beispiel des sog. ‚schwierigen Patienten‘. Statt sich auf diesen und seine Erfordernisse einzustellen, kann beobachtet werden, dass alles daran gesetzt wird, das Netzwerk von in Organisationen anzutreffenden Routinen aufrechtzuerhalten. Der tiefere Grund, sich nicht aktiv mit ‚schwierigen Patienten‘ auseinanderzusetzen, könnte nach Strauss darin bestehen, dass letztere unter Umständen eine Neuausrichtung des Stationsarrangements erforderlich machen würden, was bedeutende organisatorische Änderungen zur Folge haben könnte. Daher könnte der implizite Tauschgewinn als weniger erstrebenswert erscheinen als eine generell gute Patientenversorgung (s. Strauss 1993: 198f).

Das Ziel der beruflichen Pflege müsste darin bestehen, die pflegerischen Belange der zu pflegenden Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns zu rücken. Dies bedeutet unter Umständen, die ‚bestehende Ordnung‘ der Patientenversorgung in Frage zu stellen und für ein umfassenderes Verständnis der Versorgung kranker Menschen einzutreten. Damit werden zwangsläufig eingefahrene Organisationsroutinen und Traditionen nicht nur der Pflege selbst, sondern auch anderer Gesundheitsberufe hinterfragt. Dies kann die in diesen Gewohnheiten verkörpert Symbolik auf den Plan rufen, erhebliche Konflikte erzeugen und innerhalb des Teams und des interdisziplinären

¹²² Im Mittelpunkt stehen Identitäten als gesunde oder kranke Person, als pflegebedürftige oder nicht pflegebedürftige Person (s. Corbin 2003).

¹²³ Von Gruppen oder Institutionen.

nären Teams zu Spannungen führen¹²⁴. In einem solchen Fall ist es für einen Beruf bzw. eine Profession leichter, sich der Möglichkeit der Selbsttäuschung hinzugeben, die laut Mitchell (2000: 151)

„aus dem Umstand (entsteht), dass die menschliche Motivation sich in erster Linie durch die Teilnahme eines Menschen an verschiedenen sozialen Rollen formt, und dass die Gewohnheiten des Denkens und Fühlens durch soziale Transaktionen geformt werden, die nicht immer gut miteinander harmonieren. Wenn man zögert oder im Zweifel ist, wie man seine eigene Motivation charakterisieren soll, neigen Menschen häufig dazu, den Weg des geringsten psychischen Widerstands zu gehen, d.h. sie wählen die Interpretation, die mit ihrem idealisierten Selbstbild oder ihrer Identität am besten übereinstimmt. Kulturen, die eine strikte Befolgung bestimmter Rollen unabhängig davon betonen, wie gut diese in die restliche soziale Welt passen, schaffen einen fruchtbaren Boden für Selbsttäuschungen, da diese die Menschen ermutigen, aktuelle Motive, die in bestehende Gewohnheiten und Praktiken eingebettet sind, zugunsten eines populären Ideals zu ignorieren“.

Weiter bieten die ‚generalisierten Anderen‘ des Alltagslebens dem Selbst der Menschen normalerweise eine Perspektive, die Wertverpflichtungen beinhaltet (Mitchell 2000: 152). „Doing is believing“ (s. Mitchell 2000: 154). In ihrer beruflichen Arbeit muss sich eine Pflegekraft mit den Gepflogenheiten des Teams und mit den dort akzeptierten ‚verallgemeinerten Anderen‘ auseinandersetzen. Sie muss diese ‚assimilieren‘. Hierbei wird Konformität in Bezug auf die Gruppenstandards etc. in der Regel belohnt, wohingegen eine kritische Haltung eher das Gegenteil bewirkt. Indem die Gruppendoktrin bestätigt wird, wird auch die Identität des jeweiligen Gruppenmitglieds in der Gruppengemeinschaft aktualisiert.

Zusammenfassend gesagt, können Handlungsgewohnheiten Verhaltensweisen im wahrsten Sinne des Wortes konservieren bzw. fixieren, sie können aber auch die Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen potenzieren. Auch wenn es laut Dewey (1922/2007: 20) nicht möglich ist, Gewohnheiten direkt (unmittelbar) zu verändern, besteht die Möglichkeit, diese indirekt durch die Modifizierung der Bedingungen zu verändern, d.h. durch eine intelligente Auswahl und durch das Abwägen der Objekte, die unsere Aufmerksamkeit binden und die Erfüllung von Wünschen beeinflussen. Der Gedanke, dass Gewohnheiten als Kunst im Sinne einer Fähigkeit verstanden werden können und insofern nach Strauss eine wichtige Ressource darstellen, bedeutet, dass Menschen lernen müssen, diesen Aspekt menschlichen Handelns zunächst einmal für sich zu erkennen, um ihn dann wertzuschätzen. Hier ist anzuerkennen, dass ‚Gewohnheiten‘ gepflegt, kultiviert und gefördert werden müssen, damit sie die notwendige Fluidität und Geschmeidigkeit haben, sich in sich ändernden und wandelnden Situationen zu bewähren. Bezogen auf das Konzept der Aktivitäten des Lebens heißt dies, dass die damit verbundenen Gewohnheiten sich weder im Akkord oder Eilverfahren ausbilden, noch dadurch aufrechterhalten lassen bzw. modifiziert werden können, dass die Pflegekraft die Ausführung derselben für den zu Pflegenden vollständig übernimmt. Intelligente Gewohnheiten auszubilden, aufrechtzuerhalten bzw. zu modifizieren setzt die Teilnahme des Betroffenen voraus. Dies ist keine banale, sondern eine anspruchsvolle Aufgabe, die die Anerkennung des zu pflegenden Menschen, seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten einschließlich seiner Lebensumstände zur Voraussetzung hat. Auf diesen Aspekt soll im letzten Teil dieses Kapitels eingegangen werden. Hier geht es um die Anerkennung der Verschiedenheit und der Einzigartigkeit der handelnden Personen. Das Handeln geschieht in Beziehungen und in Bezug auf etwas, d.h. auf mehr oder weniger konkrete Handlungsziele.

3.4.4 HANDELN IN BEZIEHUNGEN: ANERKENNUNG UND ERMÄCHTIGUNG ODER MISSACHTUNG UND ENTMÄCHTIGUNG

Die bisherigen Erörterungen haben gezeigt, dass menschliches Handeln in Beziehungen und in Bezug auf etwas erfolgt. Es ist im Wesentlichen ein relationales Handeln, das in eine spezifische Situation sowie in einen bestimmten Kontext eingebettet ist. Im und durch das menschliche Handeln entsteht das Selbst, und es wird hierbei immer wieder neu rekonstruiert. Pflegerisches Handeln in seinen diversen Formen findet in unterschiedlichen Situationen, Kontexten und Beziehungskonstellationen statt. Wie gezeigt werden konnte, ist die Fähigkeit zur

¹²⁴ Alle Veränderungsprozesse müssen sich mit diesem Thema auseinandersetzen, wenn sie erfolgreich sein wollen.

Ausbildung des auf sich selbst wie des auf andere Menschen bezogenen pflegerischen Handelns an die Fähigkeit zur Rollenübernahme gebunden. Diese Fähigkeit muss sich jeder Mensch aneignen, damit er sein eigenes Leben aufrechterhalten kann. Wie jede andere menschliche Fähigkeit wird die Fähigkeit zur eigenen Pflege und zur Pflege anderer Menschen im Rahmen der Sozialisation erworben und weiterentwickelt. Sie muss als eine von anderen Handlungsfähigkeiten (etwa Gehen, Lesen) verschiedene wahrgenommen und anerkannt werden. Hinsichtlich der Orte der Pflege müssen die Familie, das häusliche Umfeld, der Freundeskreis und das soziale Netzwerk in den Blick genommen werden, des Weiteren alle Institutionen, in denen die Pflege außerfamiliär organisiert ist. An dieser Stelle werden die im Meadschen Werk zu findenden Hinweise zur ‚elterlichen Pflege‘ und der damit korrespondierenden ‚mitfühlenden Haltung‘, der ‚sympathetic attitude‘, bzw. einer ‚attitude of care‘, zusammenfassend aufgegriffen.

Wie unter Pkt. 3.2.1 dargestellt, werden in der Familie wichtige Erfahrungen für die Herausbildung des Selbst gemacht. In diesem Zusammenhang ist aufschlussreich, dass Mead grundsätzlich von der ‚parental-form‘ spricht. Damit weist er über viele Entwicklungstheorien hinaus, in denen die Mutter als die wichtigste Bezugsperson des Kindes für die ersten Jahre genannt wird. Die Problematik, die sich für die Frauen aus einer einseitigen Zuweisung der Pflege und Erziehung der Kinder ergibt, ist von den StudentInnen Meads theoretisch und empirisch aufgegriffen und unter den Stichpunkten ‚family claims‘ und ‚social claims‘ bearbeitet worden. Das familiäre Umfeld und die Haltungen, die dem neugeborenen, sich entwickelnden Kind von Seiten seiner Eltern entgegengebracht werden, bilden nicht nur die Basis für die Herausbildung eines emotionalen Bewusstseins, sondern auch für die Herausbildung sozialer Objekte. Letztere sind mit angenehmen und weniger angenehmen Emotionen verbunden. Das Kind lernt nach und nach, die Gesten und Haltungen der es umgebenden und pflegenden Menschen zu lesen und mit gemachten Erfahrungen in Beziehung zu setzen. Die Entwicklung menschlicher Fähigkeiten sieht Mead im Zusammenhang mit der Entwicklung des zentralen Nervensystems. Geht es anfänglich um die Artikulation von menschlichen Bedürfnissen wie Hunger, Unwohlsein etc., steht im nächsten Entwicklungsschritt die Koordination körperlicher Bewegungen im Mittelpunkt. Mit dem Erlernen der Sprache werden weitere Dinge möglich. Hier setzt die Ausdifferenzierung der individuellen Fähigkeiten ein, sowie das schrittweise Erkennen, dass es Gemeinsamkeiten zwischen den Menschen gibt. Bei der Aneignung von zunächst nur auf sich selbst bezogenen Kompetenzen zur eigenen Pflege spielt die Herausbildung eines Körperbils sowie von Vorstellungen darüber eine zentrale Rolle, was der Mensch an körperlichen, aber auch geistigen Fähigkeiten erwerben muss, um sein Leben und die damit verbundenen Prozesse aufrechtzuerhalten. Sie ist eng verknüpft mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Tätigkeiten, die unter das Gesamtkonzept der Aktivitäten des Lebens fallen und deren Art und Weise der Ausführung von den sozialen Umständen abhängen. Hierbei handelt es sich um einen aktiven Aneignungsprozess im Verlauf des menschlichen Lebens, bei dem das Zusammenspiel von Sprache, menschlichem Vorstellungsvermögen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten ebenso entscheidend ist wie die Anerkennung der damit verbundenen Leistungen. Es liegt auf der Hand, dass pflegerische Kompetenzen in einem Umfeld des wechselseitigen Vertrauens, des gegenseitigen Anerkennens, der emotionalen Verbundenheit und Verpflichtung (commitment) sich eher ausbilden und kultivieren lassen als in einem desinteressierten, gefühlskalten und weniger vertrauenswürdigen Umfeld.

Bei der vorherrschenden gesellschaftlichen ‚Gewohnheit‘, das Vorhandensein pflegerischer Fähigkeiten stillschweigend als gegeben und als jederzeit verfügbar vorauszusetzen, wird der Umstand, dass die damit verbundene Arbeit der gesellschaftlichen Anerkennung bedarf all zu leicht ausgeblendet. An dieser Stelle möchte ich die drei Anerkennungsformen ‚Liebe, Recht und Wertschätzung‘ aufgreifen, die Axel Honneth (1992) zuerst in seinem Buch ‚Kampf um Anerkennung‘ erarbeitet und in anderen Arbeiten weiter ausgearbeitet hat. Diese auf Hegels Vorstellungen basierenden Formen der Anerkennung sind nach Honneth für eine ‚ungestörte Selbstbeziehung‘ wichtig. Ihnen entsprechen drei Formen der Missachtung, deren Erfahrung jeweils als Handlungsmotiv in die Entstehung sozialer Konflikte einfließen kann. In den Schriften Meads finden sich ähnlich wie bei Hegel

Hinweise auf die genannten Formen der wechselseitigen Anerkennung. Für die erste Anerkennungsform, die Hegel mit dem Begriff der *Liebe*¹²⁵ umschreibt, gibt es in Meads Arbeiten offensichtlich keine Entsprechung. Das Wort ‚Liebe‘ verweist bei Hegel auf das Verhältnis von ‚Eltern und Kindern‘. Es wird als ein Verhältnis der ‚allgemeinen Wechselwirkung und Bildung des Menschen‘ beschrieben, in dem sich die Subjekte reziprok als liebende, emotional bedürftige Wesen anerkennen¹²⁶. Der Anteil der individuellen Persönlichkeit des Kindes [wie der Eltern, Hinzufügung MMK], die hier Anerkennung durch andere findet, ist das ‚praktische Gefühl‘, das Angewiesensein des Einzelnen auf lebensnotwendige Zuwendungen und Güter. Wie der bisherige Gang der Arbeit gezeigt hat, könnte das, was Honneth (1992: 151) unter dem Stichwort der emotionalen Zuwendung fasst, mit dem verglichen werden, was Mead mit den Begriffen ‚parental form‘ und ‚sympathetic attitude‘ beschreibt. Honneth findet mit Blick auf die Entstehung des Selbst in Meads Arbeiten jedoch die motivationale Grundlage für diese Anerkennungsform. Um ihre heutige empirische Bedeutung zu belegen, wendet er sich der Psychoanalyse in Form der Objektbeziehungstheorie, insbesondere den Arbeiten Winnicotts zu. Honneth fokussiert in seinen Ausführungen die Phase der ersten Lebensmonate eines Kindes. Diese sei laut Winnicott eine Phase der ‚undifferenzierten Intersubjektivität‘. Mutter und Kind werden hier als Bestandteil eines Handlungskreislaufs wahrgenommen. Sie sind wechselseitig in ihren Interaktionen aufeinander bezogen. Ohne im Detail auf Honneths Argumente einzugehen, kann zusammenfassend gesagt werden, dass er den Ursprung der Anerkennungsform der Liebe in der frühen Kindheit sieht. Er beschränkt sie primär auf die Mutter-Kind-Beziehung. Im Rahmen seiner Entwicklung muss sich das Kind schrittweise aus dieser Beziehung lösen. Hierbei spielen sogenannte ‚Übergangsobjekte‘, ein von Winnicott geprägtes theoretisches Konzept, eine wichtige Rolle. Honneth setzt die Struktur des Selbst, d.h. das ‚I‘ und ‚Me‘ in Beziehung zu psychoanalytischen Begrifflichkeiten und assoziiert dabei das ‚I‘ mit dem Unbewussten. Mit dieser Interpretation verlässt er allerdings den Theorierahmen Meads, dessen Ausgangspunkt das menschliche Handeln in sozialen Situationen ist. Im Rahmen des Handlungsprozesses stellen das ‚I‘ und das ‚Me‘ zwei Phasen desselben dar. Durch vorschnelles Abrücken von Mead versäumt es Honneth¹²⁷, das in diesen Arbeiten angelegte Potenzial überhaupt erst zu entdecken (s. Markell 2007). Der Schlüssel zum ‚I‘ und zum ‚Me‘ ist die Fähigkeit zur Rollenübernahme. Sie ist fundamental, um jemand Anderen anerkennen und um überhaupt ein Bewusstsein von sich Selbst entwickeln zu können. Hierbei handelt es sich nicht nur um ein kognitives, sondern wie hier gezeigt wurde und worauf auch Mitchell (2000: 148f) im Zusammenhang mit dem Phänomen der Selbsttäuschung hinweist, um ein ‚gefühltes Phänomen‘, dessen Anfänge in den Lautgebärden und damit verbundenen emotionalen Erfahrungen liegen (s. Pkt. 3.2.1.1). Die Entwicklung der Fähigkeit zur Rollenübernahme ist die Voraussetzung für den weiteren Spracherwerb und für kooperatives Handeln. Die Pflege ist die ursprünglichste Form sozialen und somit kooperativen Handelns, mit dem der Mensch konfrontiert wird. Damit dies möglich ist, ist das Kind auf seine Eltern und andere Bezugspersonen angewiesen. Die Bedeutung, die in der Psychoanalyse der Mutter zukommt, wird bei Mead relativiert. Er spricht immer von der ‚parental form‘, und schon frühe Arbeiten seiner Studentinnen belegen anschaulich, wie wichtig beide (anwesenden) Elternteile für die kindliche Entwicklung sind. Wie an verschiedenen Stellen angedeutet, handelt es sich bei der Eltern-Kind-Beziehung, um eine institutionalisierte Beziehung, in der den Eltern die Aufgabe zukommt, das Kind für die Welt zu sozialisieren. Hierbei geht es um das Erlernen gemeinsam geteilter Dinge, aber auch um die Betonung der Einzigartigkeit eines Menschen. Letztere wird u.a. mittels pflegerischer Praktiken wie Körperpflege (Styling, sich Kleiden etc.) unterstrichen. In diesem Zusammenhang kommt auch der Mechanismus, Andere anzuerkennen, zum Tragen. Er kann nach Mead in der eigenen Besonderheit gefunden werden. Das Gefühl hierfür wird u.a. im Kontext pflegerischer Erfahrungen erworben. Um einen anderen Menschen pflegen zu können,

¹²⁵ Nach Honneth (1992: 33) beschreibt Hegel den Prozess der Etablierung von ersten Sozialverhältnissen zunächst als einen Vorgang der Herauslösung der Subjekte aus natürlichen Bestimmungen; dieses Anwachsen von ‚Individualität‘ vollzieht sich über zwei Stufen der wechselseitigen Anerkennung, deren Differenzen untereinander sich daran bemessen, welche Dimensionen der persönlichen Identität auf ihnen jeweils praktisch Bestätigung finden.

¹²⁶ Unter Liebesverhältnissen will er alle Primärbeziehungen verstanden wissen, „soweit sie nach dem Muster von erotischen Zweierbeziehungen, Freundschaften und Eltern-Kind-Beziehungen aus starken Gefühlsbindungen zwischen wenigen Personen bestehen“ (Honneth 1992: 153).

¹²⁷ Honneth begründet sein Abrücken von Mead in neueren Arbeiten eher nebenbei (s. etwa Honneth 2003, 2005).

um mich auf ihn und auf seinen jeweiligen Unterstützungsbedarf beziehen zu können, muss die pflegende Person in den Worten Meads ein intelligentes Mitgefühl entwickeln,

„eines, in der ein Mensch sich durch seine eigenen individuellen Abweichungen an die Stelle des Anderen versetzt. Einfach mit einem anderen leiden ist vergleichsweise unwichtig. Aber wenn man sich an die Stelle des Anderen setzen und etwas Neues einbringen kann, erhält man die Mittel für das Verständnis des Anderen. Die Anerkennung von Differenzen ist wesentlich für intelligentes soziales Handeln. Indem man sich selbst an die Stelle des Anderen setzt, erkennt man auf der Basis der eigenen Besonderheit/Eigenart das, was das Besondere beim Anderen ist. Man muss die andere Person von sich selbst unterscheiden, um sie anzuerkennen“ (ISS: 93f).

Dies ist nicht leicht. So wie es möglich ist, den Menschen bei der Meisterung pflegerischer Aufgaben positiv zu unterstützen, ist auch das Gegenteil der Fall. Allerdings werden die aufzubringende Energie und Geduld bei der Unterstützung von noch nicht ausgebildeten Fähigkeiten bei einem kleinen Kind bzw. beim Aufrechterhalten von Fähigkeiten bei einem kranken, auf Pflege angewiesenen Menschen leicht unterschätzt¹²⁸.

Was den *zweiten Ort der Pflege* betrifft, die Pflege in bzw. durch Institutionen, so findet diese aufgrund vertraglicher Regelungen statt. In diesem Zusammenhang spielt die zweite Anerkennungsform eine Rolle. Diese kommt aufgrund von *Rechtsverhältnissen*, d.h. aufgrund vertraglich geregelter Tauschbeziehungen auf der Basis rechtlicher Regeln zustande, bei denen sich die beteiligten Personen wechselseitig als Träger legitimer Besitzansprüche anerkennen¹²⁹ (Honneth 1992: 33ff). Für Hegel und Mead spielt die wechselseitige Anerkennung der an diesen Interaktionen beteiligten Personen auf der Basis gesellschaftlicher Regeln und Normen eine zentrale Rolle. Für Mead sind letztere in der Figur des ‚verallgemeinerten Anderen‘ aufgehoben. Im Zuge der Sozialisation verinnerlichen die Menschen die in der Gesellschaft geltenden Normen und Gesetze. Über die unter Pkt. 3.2.2 beschriebenen Entwicklungsschritte des Spiels und des organisierten Spiels lernt der Mensch sich zunächst aus der Perspektive einzelner Anderer kennen, später dann aus der Perspektive verallgemeinerter Anderer bis zu dem Punkt, wo er sich aus der Perspektive eines generalisierten Anderen als Mitglied einer arbeitsteilig organisierten Gesellschaft zu begreifen lernt. In diesem Kontext lernt der Mensch, dass er neben Rechten auch Pflichten hat. Wie er damit umgeht, ist für Mead eine offene Frage, die auf die zwischen dem ‚I‘ und dem ‚Me‘ bestehende Dialektik verweist und darauf, welcher der beiden Aspekte in einer gegebenen Situation im Mittelpunkt steht. Geht es um die gesellschaftliche Seite, das ‚Me‘, dann verleihen die soziale Stellung eines Menschen und die daraus abgeleiteten Rechte den Menschen als Mitgliedern einer Gesellschaft eine ‚gewisse Würde‘. Diese Würde bildet die Quelle ihrer Antworten in Bezug auf die Werte der Gesellschaft, deren Mitglied sie sind. Geht es hingegen um das ‚I‘, steht die Selbstbehauptung des Menschen auf dem Spiel oder es geht, anderes formuliert, um die Potenzialitäten des Selbst, also um die Möglichkeiten des ‚I‘, die im aktuellen Handeln realisiert werden bzw. sich realisieren könnten. Die Spannung zwischen dem, was wir tun, und dem, was wir laut unseren Wünschen tun könnten, ist eine Quelle von *Minderwertigkeitskomplexen*. *Minderwertigkeitsgefühle* und *Überlegenheitsgefühle*, die wir gegenüber anderen Menschen in unserer Umwelt hegen, sind zwei Seiten einer Medaille. In diesem Zusammenhang spricht Mead von der Selbstachtung des Menschen. Als Mitglieder einer Gesellschaft hängt unsere Selbstachtung u.a. davon ab, ob wir uns selber als selbstachtende Menschen begreifen. Dies reicht meist nicht aus, da wir uns als von anderen Menschen verschieden anerkannt sehen wollen. Auch wenn uns unsere soziale Stellung, unser Beruf etc. gewisse Anhaltspunkte für unsere Selbstidentifikation geben, ist das Gefühl der Überlegenheit (oder Minderwertigkeit) stärker. Was bedeutet dieses für die Pflege?

Die gegenseitige Anerkennung sozialer Rechte und Pflichten diskutiert Mead verstreut in seinen Arbeiten anhand der Bedeutung von Eigentum, der Rechte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, der Bedeutung des mit gesellschaftlichen Positionen verbundenen sozialen Status und der damit einhergehenden Interaktionsmuster. Nach

¹²⁸ Untersuchungen im Zusammenhang mit Demenz sprechen diesbezüglich eine klare Sprache.

¹²⁹ So wird die Arbeitsbeziehung zwischen Pflegekraft und Patient in diversen Gesetzeswerken wie Krankenversicherung, Pflegeversicherung etc. geregelt. Ein großes Problem besteht darin, dass Pflege vermittelt über den Arzt zustande kommt.

Honneth (1992: 129ff) bietet Meads Konzeption des ‚generalisierten Anderen‘ die Möglichkeit zu einem tieferen Verständnis von wechselseitiger Anerkennung. Insbesondere mit der Betonung des kreativen Potenzials des ‚I‘ erfährt dieses Anerkennungsverhältnis eine thematische Erweiterung, insofern der Bewegung der Anerkennung nachträglich die psychische Kraft unterlegt wird, die ihre innere Dynamik erklärbar macht (s. Honneth 1992: 130). Das im ‚I‘ liegende Veränderungspotenzial des Menschen bringt nicht nur im Einzelnen, sondern auch in der Gesellschaft Veränderungen hervor. Beide beeinflussen sich gegenseitig. Dieses erläutert Mead anhand der vom Einzelnen geforderten Anpassungsleistungen an die ihn umgebende Umwelt. Diese schafft sich der Mensch durch die von ihm gewählten Mittel und Zwecke. Diese Bestimmung ist ebenso real wie die Wirkung der Umwelt auf den Menschen. Es handelt sich um einen fortlaufenden, sich wechselseitig beeinflussenden Prozess. Die verschiedenen Erfahrungen können laut Honneth (1992: 137) zum einen dazu führen, dass der Mensch durch die Ausweitung der ihm zustehenden Rechte an persönlicher Autonomie gewinnt, so dass das Ausmaß der individuellen Freiheitsräume zunimmt. Zum anderen können Erfahrungen im Bereich der rechtlichen Anerkennungsverhältnisse dazu führen, dass existierende Rechte auf einen größeren Kreis von Menschen übertragen werden. Für die Pflege ist ganz allgemein die Unterscheidung zwischen der ‚Anerkennung als Rechtsperson‘ und der ‚sozialen Wertschätzung der Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen‘ interessant. Bei letzterer geht es „um die graduelle Bewertung konkreter Eigenschaften und Fähigkeiten“. Diese setzt ein „evaluatives Bezugssystem voraus, das über den Wert solcher Persönlichkeitszüge auf einer Skala von Mehr oder Weniger, von Besser oder Schlechter informiert“. Ein solches System könnte die gesellschaftlich zu leistende Arbeit liefern, da Mead nach Honneth (1992: 142) die Selbstverwirklichung an die Erfahrung sozial nützlicher Arbeit bindet. Damit ein Mensch sich in einer vollständigen Weise selber achten kann, muss er in der Lage sein, im Rahmen der objektiv vorgegebenen Funktionsverteilung den positiven Beitrag zu identifizieren, den er für die Reproduktion des Gemeinwesens erbringt. Die verschiedenen Rechte liefern die Basis für die Erfahrung sozialer Wertschätzung und damit für die Selbstachtung. In Anlehnung an Mead sind

„als die psychischen Begleiterscheinungen der sozialen Zuerkennung von Rechten eine Steigerung des Vermögens anzusetzen, sich auf sich selber als eine moralisch zurechnungsfähige Person zu beziehen; [...] das erwachsene Subjekt (gewinnt) durch die Erfahrung rechtlicher Anerkennung die Möglichkeit, sein Handeln als eine von allen anderen geachtete Äußerung der eigenen Autonomie begreifen zu können“ (Honneth 1992: 191f).

Unter Selbstachtung im Sinne der Möglichkeit, sich positiv auf sich selbst beziehen zu können, versteht Honneth,

„dass ein Subjekt sich in der Erfahrung rechtlicher Anerkennung als eine Person zu betrachten vermag, die mit allen anderen Mitgliedern seines Gemeinwesens die Eigenschaften teilt, die zur Teilnahme an einer diskursiven Willensbildung befähigen.“

Bei der dritten Form der Anerkennung, die bei Hegel mit dem Begriff der *Ehre* (Honneth 1992: 40f) bzw. ‚Sittlichkeit‘ umschrieben wird oder die auch mit ‚sozialer Wertschätzung‘ charakterisiert werden kann, stehen die konkreten Eigenschaften und Fähigkeiten, die den Menschen als einen besonderen im Verhältnis zu anderen auszeichnen im Mittelpunkt. Diese Anerkennungsform verlangt „ein soziales Medium, das Eigenschaftsdifferenzen zwischen menschlichen Subjekten auf allgemeine, intersubjektiv verbindliche Weise zum Ausdruck bringen können muss“ (Honneth 1992: 197). Auf gesellschaftlicher Ebene leistet diese Vermittlungsaufgabe nach Honneth

„ein symbolisch artikulierter, stets offener und poröser Orientierungsrahmen, in dem diejenigen ethischen Werte und Ziele formuliert sind, deren Insgesamt das kulturelle Selbstverständnis einer Gesellschaft ausmacht. [...] Das kulturelle Selbstverständnis einer Gesellschaft gibt die Kriterien vor, an denen sich die Wertschätzung von Personen orientiert, weil deren Fähigkeiten und Leistungen intersubjektiv danach beurteilt werden, in welchem Maße sie an der Umsetzung der kulturell definierten Werte mitwirken können; insofern ist diese Form der wechselseitigen Anerkennung auch an die Voraussetzung eines sozialen Lebenszusammenhangs gebunden, dessen Mitglieder durch die Orientierung an gemeinsamen Zielvorstellungen eine Wertgemeinschaft bilden“ (Honneth 1992: 197f).

Die Wertmaßstäbe, wonach die besonderen Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen bemessen werden, unterliegen ebenso wie die Rechte einem historischen Wandel. In der heutigen Zeit muss der Einzelne

„die Achtung, die er gemäß kulturellen Standards genießt, nicht länger einem ganzen Kollektiv (Stand) zu-rechnen, sondern kann sie positiv auf sich selber beziehen. Insofern geht unter den veränderten Bedingun-gen mit der Erfahrung sozialer Wertschätzung ein gefühlsmäßiges Vertrauen darin einher, Leistungen zu er-bringen, die von den übrigen Gesellschaftsmitgliedern als ‚wertvoll‘ anerkannt werden; wir können eine solche Art der praktischen Selbstbeziehung, für die umgangssprachlich der Ausdruck ‚Selbstwertgefühl‘ vorherrscht, in kategorialer Parallele zu den bislang verwendeten Begriffen des ‚Selbstvertrauens‘ und der ‚Selbstachtung‘ sinnvollerweise ‚Selbstschätzung‘ nennen (Honneth 1992: 209).

Die von Honneth erarbeitete Struktur sozialer Anerkennungsverhältnisse bietet einen Schlüssel zum Verständnis unterschiedlicher, ebenfalls voneinander abgrenzbarer Formen der Missachtung. Hierunter zählt er Formen der *Vergewaltigung*, der *Entrechtung* und *Entwürdigung*. Es stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen diese Formen von Missachtung in den unterschiedlichen pflegerischen Situationen sowohl bezogen auf die zu pflegen-de wie auch auf die pflegende Person beobachtet werden können. In Anlehnung an seine bisherige Unterschei-dung geht Honneth (1992: 214) als erstes auf die **Vergewaltigung** als eine Form der Missachtung ein. Diese stellt einen Angriff auf die leibliche Integrität des Menschen dar¹³⁰. Die damit einhergehende Erschütterung des psychischen Selbstvertrauens, der damit verbundene Zusammenbruch des Vertrauens in die Zuverlässigkeit der sozialen Welt und der eigenen Selbstsicherheit sind von fundamentaler Art.

Die zweite Missachtungsform, die Honneth als **Entrechtung** bezeichnet, wirkt auf der Ebene der *moralischen Selbstachtung*. Hier wird einem Menschen dadurch Missachtung gezeigt, dass er/sie vom Besitz bestimmter Rechte strukturell ausgeschlossen bleibt. Mit dem Vorenthalten bestimmter Rechte wird der betroffenen Person nicht nur die gleichwertige Partizipation als vollwertiges Mitglied einer Gesellschaft verunmöglicht, ihr wird auch nicht die entsprechende moralische Zurechnungsfähigkeit zugestanden. Der betroffene Mensch sieht sich nicht nur in seiner persönlichen Autonomie eingeschränkt. Das Gefühl, nicht den Status eines vollwertigen, mo-ralisch gleichberechtigten Interaktionspartners zu besitzen, führt zu einem Verlust an Selbstachtung.

Der dritte Missachtungstyp, die **Erniedrigung**, bezieht sich *negativ auf den sozialen Wert von Einzelnen oder Gruppen*. Hierbei geht es um die Selbstverwirklichung des Menschen. Diese kann durch den Status, den er/sie in einer Gesellschaft innehat und die seinen/ihren Leistungen zugesprochen wird, deutlich eingeschränkt sein. Eine negative Bewertung geht in der Regel mit einer Degradierung einher, was in der Folge zu einem Verlust der *Selbstschätzung* führt. Mit der Verweigerung der Anerkennung einer bestimmten Form der Selbstverwirkli-chung wird der betroffenen Person der Boden entzogen, sich selber als ein in ihren charakteristischen Eigen-schaften und Fähigkeiten geschätztes Wesen verstehen zu können. Ihr fehlt die soziale Zustimmung anderer, auf die der Mensch hierbei angewiesen ist.

Das Selbst, Selbstkonzept oder Körperbild des jeweiligen Menschen wird durch die Erfahrung der beschriebenen Missachtungsformen in seinem jeweiligen Kern nachhaltig berührt. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für den Einzelnen werden allgemein als Metaphern des Verfalls des menschlichen Körpers beschrieben. Sie ver-weisen sowohl auf physische wie auf psychische Aspekte (Honneth 1992: 219). Wie die Erörterung unter Pkt 3.4.2 gezeigt haben, ist ‚Anerkennung‘ im pragmatistisch/feministischen Diskurs ein zentrales Thema. Hierbei geht es vor allem um die Anerkennung eines *Kontinuums von Erfahrung, von Wissen, von Werten und Praxis*. Diese sind in einen spezifischen Sinnzusammenhang oder auch Kontext eingebunden. Letzterer ist eine Funktion der Erfahrung, deren Dynamiken nicht länger ignoriert werden dürfen (s. Seigfried 1996: 260). Pflegerisches Handeln und die Möglichkeiten desselben müssen aus diesem Blickwinkel betrachtet und verstanden werden. Im institutionellen Kontext kann die berufliche/professionelle Pflege, auch wenn es viele Menschen zu versorgen

¹³⁰ Die Folter als deren Extremform führt dazu, dass das über die emotionale Zuwendung erworbene Vertrauen des Menschen in die autonome Koordinierung des eigenen Körpers nachhaltig verletzt wird.

gilt, nicht wie am ‚Fließband‘ organisiert werden. Will sie die zur Verfügung stehenden Mittel kreativ ausschöpfen, muss sie bei den selbstbezogen pflegerischen Fähigkeiten des einzelnen Menschen ansetzen und diese im Kontext des lebensgeschichtlich Gewordenen und der dabei gemachten positiven wie negativen Erfahrungen deuten.

An dieser Stelle seien Meads Vorstellungen von Demokratie und Gesellschaft erneut angeführt. Sie gehen prinzipiell von der Anerkennung der Verschiedenheit der einzelnen Menschen aus. Erst diese Verschiedenheit ermöglicht Interaktion. Gesellschaft bedeutet für ihn ‚*unity in diversity*‘ (SW: 359). Diesen Gedanken weitet Mead auch auf die internationale Gemeinschaft der verschiedenen Völker aus. Er unterstellt die Möglichkeit eines sich immer weiter ausdifferenzierenden Selbst. Dies ist mit Blick auf die Entwicklung eines kollektiven professionellen Selbst in Bezug auf die Pflege von Bedeutung. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die Ausbildung eines ‚gemeinschaftlichen Selbst‘ (community self). Dieses beginnt sich in der Kindheit auszubilden und schafft die Basis für weitere Entwicklungen bis hin zu einem international aufgeschlossenen Selbst. Dieses ist an die Fähigkeit zur Übernahme der Perspektiven anderer gesellschaftlicher Gruppen gebunden, die sich hinsichtlich ihrer historischen Lage und der ihrer Gruppe von der des ‚gemeinschaftlichen Selbst‘ unterscheiden. Es geht um die Ausbildung der Fähigkeit, Unterschiede anzuerkennen, aber auch Gemeinsames wahrzunehmen¹³¹. Um zu einem derart weltoffenen Selbst zu gelangen, ist ein anderes Bewusstsein gefragt. Damit dieses erreicht werden kann, müssen laut Deegan (2008: 224) strukturelle Barrieren auf der ökonomischen, kulturellen und politischen Ebene aufgebrochen werden. Dieses verlangt jedoch die radikale Rekonstruktion wichtiger sozialer Institutionen, um infolge von Herrschaft und Unterordnung beschädigte Selbst rekonstruieren zu können. Voraussetzung für eine tolerante und kooperative Gesellschaft ist die soziale Anerkennung und Akzeptanz des Anderen.

3.5 Zusammenfassung: erste Ergebnisse

In diesem Kapitel wurden vor allem die Ideen Meads in Bezug auf das menschliche Handeln zusammengetragen. Bei der Rekonstruktion des Meadschen Werks, welches ergänzt wurde um die Einsichten Deweys, Strauss’ et al. sowie um die Vorstellungen eines feministischen Pragmatismus und die von Honneth, wurde das Augenmerk insbesondere auf mögliche Anschlussstellen für eine Reformulierung des RLT-Modells im Sinne einer pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns gerichtet. Ausgangspunkt waren die Konzepte des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds. Wie die Rekonstruktion gezeigt hat, handelt es sich hier um evolutionäre, prozessuale, dynamische, jedoch nicht um ‚festgestellte‘ (fixe oder starre) Konzepte. Wird die Struktur des Selbst in Rechnung gestellt, verweisen das Selbstkonzept sowie das Körperbild eines Menschen als Aspekte des ‚Me‘ auf eine Phase beim menschlichen Handeln. Ganz allgemein können an dieser Stelle folgende für das menschliche wie für das pflegerische Handeln wichtige Aspekte festgehalten werden:

- die vier Handlungsphasen
- die Rolle des Selbst und der Objekte (Körper, physische Objekte)
- unmittelbares Handeln, Versuch-und-Irrtum-Handeln sowie reflexives (bewusstes) Handeln
- das Handlungsumfeld und die Handlungssituation
- das Denken beim Handeln, die Bedeutung von Vorstellungen und Ideen
- der handelnde Mensch und die beim Handeln ablaufenden physiologischen Prozesse
- die Gefühle/Gefühls- und Bewusstseinszustände in Form von Wünschen, Anstrengungen/Interessen und Befriedigung.

Das Selbstkonzept und das Körperbild als Aspekte des ‚Me‘ können auf einer allgemeinen Ebene als Referenzpunkte des menschlichen Handelns betrachtet werden, mittels derer die eigene Leistungs- und Handlungsfähigkeit im Vergleich zu Anderen beurteilt werden kann. Diese schlägt sich nieder in menschlichen Handlungsgehnheiten, seien sie körperlicher Art wie Gehen und Sich-Waschen oder seien es geistige, psychische oder so-

¹³¹ Diese Gedanken können auch auf Medizin und Pflege übertragen werden. Auch hier geht es darum, anzuerkennen, dass es sich um verschiedene Dinge handeln, deren Gemeinsames darin besteht, dass beide in Bezug auf einen Menschen handeln und dabei ein gemeinsames Ziel anstreben, das allgemein ausgedrückt ‚Gesundheit‘ heißt.

ziale Gewohnheiten. In diesen Gewohnheiten kommen aufgrund von deren dynamischem Charakter die Ablagerungen der unterschiedlichen Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens macht, zum Ausdruck. Für das pflegerische Handeln in seinen unterschiedlichen Formen sind beide Konzepte wichtig, da sich der Mensch beim Handeln auf sie bezieht. Beide werden aufgrund des stattfindenden Handelns in unterschiedlichen Ausmaßen modifiziert. Allerdings kommen nicht die geballte Erfahrung eines Menschen in einer Handlungssituation zum Zuge, sondern nur diejenigen Aspekte, die in einer spezifischen Handlungssituation von Bedeutung sind. Was von Bedeutung ist, kann sich allerdings im Handlungsverlauf verändern. Einige Aspekte können deutlicher ins Zentrum rücken, während andere im Handlungsverlauf in den Hintergrund oder an den Rand gedrängt werden oder nur in bestimmten Momenten für den erfolgreichen Verlauf eine Rolle spielen. All dieses muss – da das Handeln in unterschiedlichen Formen erfolgt – nicht immer bewusst sein. Darüber hinaus findet das menschliche Handeln – außer im Traum – nicht losgelöst von jeglicher Realität statt, sondern in konkreten sozialen Situationen und in einem jeweils spezifischen Umfeld. Diese setzen die Rahmenbedingungen für das Handeln. Sie müssen beim Handeln berücksichtigt werden, ohne dass Situation und Umfeld das Handeln vollständig determinieren. Sie setzen gewisse Grenzen, aber nicht unüberwindbare oder nicht solche, die nicht weiter ausgedehnt werden könnten.

Die menschliche Sprache, verbal und nonverbal, gibt dem menschlichen Handeln seine Spezifität. Sie ist auch die Basis, auf der sich die für das menschliche Handeln grundlegende Fähigkeit zur Rollenübernahme ausbilden kann. In der beruflichen/professionellen Pflege wird die Pflegekraft mit einer Spannbreite von menschlichen Verhaltensweisen konfrontiert. Werden diese in der Regel vor dem Hintergrund von Krankheit und Gesundheit gedeutet, reicht dies den gewonnenen Erkenntnissen zufolge nicht aus. Die Fähigkeit, sich selbst oder einen anderen Menschen zu pflegen, wird im Laufe des Lebens sozial vermittelt und angeeignet. Sie ist an die Fähigkeit zur Rollenübernahme gebunden und muss über das spontane Gefühl des ‚Helfenwollens‘ hinaus weiter entwickelt werden. Die Verhaltensweisen, mit denen eine Pflegekraft oder eine pflegende Person sich auseinandersetzen muss, betreffen vor allem die Alltagsroutinen oder die Gewohnheiten eines Menschen und die mit diesen zusammenhängenden Handlungskompetenzen hinsichtlich der Sorge um den eigenen Körper und seine Pflege. Für die Pflege ist von Bedeutung, wie der Mensch mit Unterbrechungen des pflegerischen Handlungsflusses umgeht, und welche zusätzlichen Anstrengungen erforderlich sind, wenn der Grund für die Unterbrechung des Handlungsflusses bspw. das Vorliegen von Krankheit ist. In einem solchen Fall kann es sein, dass der Mensch aufgrund seines gesundheitlichen Zustands die ‚Aktivitäten des Lebens‘ für kurze oder längere Zeit oder auch dauerhaft nicht mehr wie gewohnt fortsetzen kann. In diesem Fall liegt durch das Auftreten von Krankheit eine Veränderung der Handlungsbedingungen vor. Daher reicht es nicht aus, den Blick nur auf die Krankheit zu richten. Um den Handlungsgang fortzusetzen, muss die Aufmerksamkeit auf die pflegerische Handlungssituation und auf das dort erforderliche Handeln gelenkt werden. Dieses ist an die handelnden Personen, d.h. an den zu pflegenden Menschen, an die pflegende Person und an die spezifische soziale Situation zu einem bestimmten Zeitpunkt gebunden.

Dass die Pflege sich bei oberflächlicher Betrachtung mit scheinbar banalen Dingen auseinandersetzt, führt gelegentlich zu der irrigen Vorstellung, dass die Tätigkeiten, die den Pflegekräften im Zusammenhang mit der Unterstützung der Patienten im Prozess der Wiederaneignung sozialer und lebensnotwendiger Fähigkeiten abverlangt werden, ebenfalls banaler Natur seien. Eine solche Vorstellung unterschätzt zum einen die Variabilität menschlichen Handelns und zum anderen die Rolle, die den Gewohnheiten im menschlichen Leben grundsätzlich zukommt. Eine abschätzige Betrachtung von Gewohnheiten verhindert zugleich, dass diese als Ressourcen für den Prozess der Wiederherstellung und Modifikation einer auf sich selbst und auf andere bezogenen pflegerischen Handlungsfähigkeit kreativ genutzt werden. Ebenso wird der Einfluss der Erhaltung einer relativen Autonomie in dieser Fähigkeit auf das Selbst, das Selbstkonzept und das Körperbild verkannt. Es liegt auf der Hand, dass es beim Prozess der Wiederherstellung von ‚Normalität‘ oder anders formuliert, beim Neu-Anknüpfen an die bishe-

rige Kompetenz nicht immer darum geht, das alte Leistungsniveau zu erreichen. Wie Untersuchungen anschaulich belegen, erfordert der damit verbundene Prozess¹³² für die Betroffenen oftmals die schwierige Anpassung an eine veränderte Situation und die Verarbeitung des Verlusts von Fähigkeiten und sogar von Körperteilen. Hier zeigt sich, wie sehr Körper und Selbst in einer ‚schicksalhaften Umarmung‘ (Corbin 2003: 258) miteinander verwoben sind. Damit diese Anpassung oder Verarbeitung, wenngleich auf anderem Niveau geschehen kann, muss der zu pflegende Mensch als die Person, die er ist, ebenso wie sein spezifischer Bedarf an Pflege anerkannt werden. Das gleiche gilt für die zu pflegende Person. Auch sie muss anerkannt werden, damit sie ihre Fähigkeiten zum Wohle des Patienten einbringen kann.

Das pflegerische Handeln ist in die Aktivitäten des Lebens eingebettet und somit in einen Bereich, der zuallerletzt sozialen Veränderungen unterzogen wird. Der alltägliche Bereich ist offensichtlich der schwierigste Bereich sozialer Rekonstruktion und das schwächste Subjekt bezüglich sozialen Zwangs, aber auch das stabilste. Dennoch ist dieser Bereich wie das Selbst gleichermaßen zu Veränderungen wie zu Widerstand gegenüber Veränderungen imstande (s. Deegan 2008: 325). In pflegerischen Situationen und beim pflegerischen Handeln geht es vielfach um Veränderungen in diesem Bereich. Sie betreffen den Menschen in seinem innersten Kern. Dass es sich hierbei um ‚harte Arbeit‘ handelt, insofern als ‚lieb gewordene‘ Gewohnheiten oder Routinen sowie ‚geheilte Selbstkonzeptionen‘¹³³ (Lindesmith et al. 1999: 316) zur Disposition stehen, ist ein bisher wenig beachteter Aspekt pflegerischer Arbeit.

In Kapitel 4 wird ein Rahmen zur Analyse der vorhandenen pflegetheoretischen Ansätze entwickelt, mit dessen Hilfe der potenzielle Beitrag der ausgewählten Ansätze für eine handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells herausgearbeitet werden kann.

¹³² Dieser Prozess verläuft in mehreren Phasen, die mit denen des Trauerprozesses verglichen werden können. Die insoweit bedingte Veränderung des Körperbilds kann Gefühle der Abwehr, des Ekels, der Wertlosigkeit hervorrufen. Die Reaktionen der Pflegekraft auf das Verhalten des Patienten und ihre Maßnahmen können diese Gefühle verstärken. Sie können den Patienten aber auch in die Lage versetzen, sich mit den Veränderungen seines Selbst, Selbstkonzepts und Körperbilds konstruktiv auseinanderzusetzen.

¹³³ Diesen Begriff haben Lindesmith et al. (1999) von Goffman entlehnt.

4 SELBST, HANDELN UND ARBEITEN ALS BASIS DES ANALYSERAHMENS

Ziel dieses Kapitels ist die Erarbeitung eines Rahmens, mittels dessen in den pflegetheoretischen Ansätzen (Teil II) nach Anknüpfungspunkten für die beabsichtigte Weiterentwicklung des RLT-Modells in pragmatistischer Hinsicht gesucht werden kann. Werden die bisher entwickelten Gedanken zur Pflege im Kontext des Handlungsmodells der Pragmatisten ernst genommen, dann müssen die Erkenntnisse der genannten pflegetheoretischen Ansätze zu den Konzepten des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds im Zusammenhang von *Lebensprozessen* und *innerhalb sozialer Beziehungen* betrachtet werden. Dabei muss der *prozessuale und dynamische Charakter* des auf sich selbst wie auf andere Menschen bezogenen pflegerischen Handelns ebenso berücksichtigt werden wie der *kontextspezifische und zeitspezifische Charakter der Pflege*. Im Handlungsmodell der Pragmatisten, insbesondere von Mead sowie von Strauss & Mitarbeiterinnen werden der Handlungs- und der Arbeitsbegriff nicht getrennt gesehen, sie gehen vielmehr ineinander über, wobei der Blick auf den sozialen Prozess gelenkt wird. Ihr Arbeits- und Handlungsbegriff beschreibt Arbeiten und Handeln als Interaktion. Arbeit stellt hier nur eine Handlungsform unter anderen dar. Allerdings handelt es sich nach Strauss (1993: 81) um eine höchst signifikante Form, weshalb eine Theorie des Handelns das Arbeiten als Interaktion direkt ansprechen muss. Die zentrale Frage für Strauss lautet daher: Wie überschneidet sich Arbeit/Arbeiten als eine Form des Handelns mit anderen Handlungsformen?

Unabhängig vom jeweiligen Handlungskontext kann die Pflege eines anderen Menschen sowohl als Hilfeleistung wie als personenbezogene Dienstleistung beschrieben werden. Diese Dienstleistung kann wiederum kann als ungelernete ‚Arbeit‘, als erlernter ‚Beruf‘ (im Sinne einer qualifizierten Tätigkeit) oder als ‚Profession‘, verstanden als Wissensarbeit, erbracht werden. In den verschiedenen pflegetheoretischen Ansätzen wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass die Pflege als Profession personenbezogene und wissensbasierte Dienstleistungen¹ erbringt. Gerade dieser Gedanke war für die mit der Entwicklung pflegetheoretischer Ansätze befassten Frauen ein starkes Movens. Ausgehend von allgemeinen Überlegungen zur menschlichen Arbeit soll der Blick daher zunächst auf das dem pflegerischen Handeln zugrunde liegende **Wissenssystem** gelenkt werden. Der Begriff ‚Wissenssystem‘ wird in Bezug auf berufliches Handeln in der Regel mit dem Professionsbegriff assoziiert. Unabhängig davon, ob die berufliche Pflege als Beruf oder als Profession gesehen wird, findet sie in einem spezifischen institutionellen und organisatorischen Kontext statt. Hier steht das Krankenhaus im Zentrum, da es nach wie vor der zentrale Arbeitsplatz für die Mehrheit der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen² ist. Nach dem pragmatistischen Handlungsverständnis muss davon ausgegangen werden, dass beim Handeln der Pflegekräfte die durch die diversen generalisierten Anderen (Familie, Gesellschaft, Berufsgruppe, andere Berufsgruppen, Team, KollegInnen etc., s. Kap. 3, Pkt. 3.2.2.3, 3.2.2.4) vermittelten allgemein existierenden Vorstellungen von Pflege sowie diejenigen der Pflegekräfte selbst einschließlich der Berufsgruppen, mit denen die Pflege bei der Patientenversorgung zu tun hat, zum Tragen kommen. Darüber hinaus prägen die Arbeitsteilung und die inter- und intraprofessionellen Arbeitsbeziehungen, d.h. das Gesamte der Arbeitsorganisation im Krankenhaus, nicht nur die Gestaltung der konkreten Pflegearbeit, sondern bestimmen auch maßgeblich, wie das professionsspezifische

¹ Der genauere Begriff wäre ‚wissenschaftlich begründete Dienstleistungen‘. Wird der Diskurs über eine evidenz-basierte Praxis, Pflege, Medizin etc. aufgegriffen, dann müsste es ‚wissenschaftlich begründete und evidenz-basierte personenbezogene Dienstleistungen‘ heißen.

² Laut Statistik (www.gbe-bund.de, die Daten wurden am 27.11.2010 abgerufen) waren 2008 in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 320.049 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen beschäftigt (hiervon waren 47.131 bzw. 14,73% Männer). Im Jahr 2000 waren 326.926 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen beschäftigt, davon 14,51% bzw. 47.446 Männer. 1995 gab es 321.837 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, davon waren 13,44 bzw. 43.269 Männer. Je nach Quelle ergibt sich ein leicht verändertes Bild. So waren laut Fachserie 12 Reihe 6.1.1 am 31.12. 2006 insgesamt 123.715 Ärzte (1991: 95.208, 2008: 128.117) umgerechnet in Vollkräfte beschäftigt und 668.200 Vollkräfte (2008: 669.437) im nichtärztlichen Dienst, davon entfielen 299.328 Vollkräfte (2008: 300.417) auf den Pflegedienst. Insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt 392.711 Personen (2008: 396.221) im Pflegedienst tätig. Hiervon waren 316.889 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (2008: 320.049). Der Frauenanteil beträgt mit 270.328 Personen 85,30 % (2008: 272.918 = 85,27%). (s. Statistisches Bundesamt 2008, 2010).

sche Wissen in der beruflichen Praxis zur Anwendung gelangen kann³. In diesem Zusammenhang sollen der von Rohde⁴ in den 1960er Jahren beschriebene pflegerische Funktionskreis und der medizinische Funktionskreis als heuristische Kategorie fruchtbar gemacht werden, insofern sie die Perspektive des ‚generalisierten Anderen‘ zweier sozialer Gruppen als Subwelten innerhalb der sozialen Welt des Krankenhauses präsentieren. Beide Funktionskreise ermöglichen es, den Blick auf das jeweilige *Wissenssystem, die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten* - kurz: *Kompetenzen* - der diese Funktionskreise mit Leben füllenden Berufe/Professionen und damit auf die institutionelle Organisation der zu leistenden Arbeit zu lenken. Beide Aspekte sind für die vorliegende Arbeit wichtig. In seiner Analyse vernachlässigt Rohde den für die Pflege bedeutsamen Umstand, dass Organisationen wie Berufe oder Professionen keine ‚geschlechtsneutralen‘ Veranstaltungen sind.⁵ Inzwischen ist die Rolle, die dem Geschlecht bei der Konzeption der Begriffe ‚Arbeit‘, ‚Beruf‘ und ‚Profession‘, bei ihrer strukturellen Einbettung und ihrer inhaltlichen Gestaltung - auch mit Blick auf die berufliche Pflege - zukommt, in verschiedenen Ländern gut belegt.⁶ Unter Rückgriff auf Mead ist es jedoch erforderlich, alle Aspekte schrittweise in die Betrachtung einzubeziehen, um zu intelligenten Lösungen für die konkrete Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten zu gelangen. Die Patientenversorgung muss vor dem Hintergrund des Lebensprozesses einschließlich des sozialen Umfeldes, in das der zu pflegende und kranke Mensch eingebunden ist, gesehen werden. Die gefundenen Lösungen müssen immer wieder hierauf bezogen werden, da sie sich hier und nicht in der Welt der Professionellen bewähren müssen. Deshalb sollen neben der professionellen auch andere Perspektiven in den Blick genommen werden. Das von Berenice Fisher & Joan Tronto (1990) beschriebene (Struktur-)Modell von Versorgungsprozessen (caring process) stellt eine solche zu berücksichtigende Perspektive dar. Ihr Modell umspannt den öffentlichen wie privaten Raum, also all jene Räume, in denen die unterschiedlichen Formen der Pflege gesunder wie kranker Menschen als Reproduktions- und/oder Erwerbsarbeit erfolgen.

Es wird unterstellt, dass die pflegetheoretischen Ansätze nicht nur neue Perspektiven in Bezug auf den pflegerischen Funktionskreis eröffnen, sondern dass auch andere Formen der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege auf der Basis einer kritischen Revision der bestehenden Arbeitsteilung und der daraus resultierenden Arbeitsbeziehungen denkbar werden. Um die Veränderungen, die sich aus der zu entwickelnden pragmatistischen Theorie des Pflegehandelns auf der Basis des RTL-Modells für die Pflegepraxis ergeben, abschätzen und konkrete Vorschläge für die praktische Umsetzung dieses Modells machen zu können, wird in einem letzten Schritt die Bedingungsmatrix von Strauss/Corbin (1996), Strauss (1993), Corbin/Strauss (2008) vorgestellt. Sie erlaubt es, das pflegerische Handeln auf den unterschiedlichen Handlungsebenen, auf der Makro-, Meso- und Mikroebene zu betrachten. Damit liegt ein umfassender Rahmen zur Bewertung der verschiedenen pflegetheoretischen Ansätze (Teil II) vor sowie ein Rahmen zur Abschätzung der Folgen, die sich hieraus für die Entwicklung der beruflichen Praxis ergeben (Teil III). Mit dieser Vorgehensweise löse ich mich von anderen Vorschlägen zur Analyse und Evaluation von konzeptuellen Modellen und Pflege-theorien (etwa Fawcett, 2005, Chinn/Kramer 2004, 2008, George 2002, Meleis 2007, Parker 2001). Die in diesen Arbeiten vorgestellten Bezugsrahmen haben mir erste Anregungen für die Formulierung von Fragen für die systematische Aufarbeitung vor allem der Begriffe Selbst und Selbstkonzept in den von mir untersuchten theoretischen Ansätzen gegeben. Das primäre Ziel dieser Arbeit besteht nicht in der Analyse und Evaluation der einzelnen Ansätze. Es geht vielmehr darum, das den pflegetheoretischen Ansätzen innewohnende Erkenntnis-potenzial in Bezug auf die Konzepte des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds offenzulegen, um es sodann für die handlungstheoretische Fundierung des

³ Die Nutzung des Wissens hängt von der in den jeweiligen Organisationen vorherrschenden Handlungs- und Organisationslogik ab, bei der die Kategorie Geschlecht im Handeln ihre Wirkung entfaltet (s. Pkt. 3.4.1.3).

⁴ Rohdes Arbeit erschien erstmals 1962. Ich beziehe mich auf die 2. Auflage von 1974.

⁵ (S. hierzu Acker 1990, 2006, Witz 1992, Müller 1993, 2000, Rabe-Kleberg 1993, Rastetter 1994, Halford/Salvage/Witz 1997, Holtgrewe 1997, Schmidt 1998, Riegraf 2000, Schmidbauer 2002, Wetterer 2002, Wilz 2002, Ridgeway/Correl 2004, Stiegler 2004, Aulenbacher 2005, Türk/Lemke/Bruch 2006, Gildemeister/Wetterer 2007, Backes et al. 2008).

⁶ S. bspw. Bischoff 1984, Schaper 1987, Mischo-Kelling 1985, 1995a + b, Abbott/Wallace 1990, Witz 1992, Davies 1995a, b, 2000a, b, Schmidt 1998, Meiwes 2000, Piechotta 2000, Sandelowski 2000, Krüger 2001b, Group/Roberts 2001, Kreutzer 2005, Klement 2006, Köser 2006, Apesoa-Varano 2007, Gelfand Malka 2007.

RLT-Modells fruchtbar zu machen. Die von mir in dieser Arbeit verfolgte Absicht kann in Anlehnung an Chinn/Kramer (2008: 182) als eine ‚kreative und rigorose Strukturierung von Ideen‘ verstanden werden, um eine vorläufige, zielgerichtete und systematische Sicht auf ein Phänomen zu lenken. In den Worten von Meleis (2007: 153) geht es um das Finden von Antworten in Bezug auf zentrale Fragen der Pflege. Es geht hier nicht um Theorie als Selbstzweck. Vielmehr geht es darum aufzuzeigen, wie theoretische Konzepte im Sinne von Arbeitshypothesen (Mead 1899) die Handlungsmöglichkeiten der professionellen Pflegekräfte in konkreten pflegerischen Situationen anleiten und erweitern können und so den Patienten bei der Aufrechterhaltung seiner Kompetenz zur eigenen Pflege unterstützen bzw. ihn/sie hierzu befähigen (empower) zu können. Im Folgenden werden die Eckpunkte des Analyserahmens beschrieben.

4.1 SOZIALE ORGANISATION VON ARBEIT UND PFLEGE

Der Umstand, dass die Pflege eines Menschen sowohl durch ihn selbst als auch durch einen anderen Menschen erfolgen kann, verweist darauf, dass die Pflege von Menschen an unterschiedlichen Orten, in höchst unterschiedlichen Beziehungskonstellationen und Organisationsformen erbracht werden kann. Hierbei treffen Menschen aufeinander, die unterschiedlichen sozialen Welten (Strauss 1993) angehören, was die Möglichkeit von Konflikten in sich birgt. Die mit der Pflege zusammenhängenden Fragen werden von den Beteiligten interaktiv ausgehandelt. Zur Beschreibung dieses Sachverhalts greift Strauss auf den Begriff der Arena zurück. Hier soll der Hinweis genügen, dass soziale Welten und Arenen zwei aufeinander bezogene Begriffe sind (s. Kap.3). Wenn die Arbeit ein zentrales Medium darstellt, durch das sich Menschen in einer Gesellschaft verorten, durch das sie etwas über sich selbst erfahren und ihr Selbst sowie Selbstkonzept in Beziehung zu anderen immer wieder neu konstituieren (s. Hughes 1993, Heinz 1995; Lindesmith et al. 1999, Strauss 1993, 2001), dann müssen die Organisation der pflegerischen Arbeit und die Pflegearbeit selbst ins Zentrum der Betrachtung gerückt werden. Bei der handlungstheoretischen Reformulierung des RLT-Modells kommt in Anlehnung an Strauss (1993: 47ff) dem Thema ‚Arbeiten bzw. Handeln als Interaktion‘ eine zentrale Rolle zu. Wie in Kap. 3 aufgezeigt, findet Pflege in und über Beziehungen statt. Wie die Beziehung zwischen dem zu pflegenden Menschen und der pflegenden Person gestaltet wird, hängt nicht nur von persönlichen Merkmalen, sondern auch von der Organisation der Arbeit, den strukturellen Rahmenbedingungen und den institutionellen Orten der Pflege ab. Arbeiten und Handeln verweisen insbesondere auf zwei ‚Aktivitäten des Lebens‘ des RLT-Modells: auf die AL ‚Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen‘ sowie auf die AL ‚Seine Geschlechtlichkeit leben‘ (d.h. Mann oder Frau sein).

Die Art und Weise, wie diese beiden Aktivitäten aufeinander bezogen sind, spiegelt sich in vielfältiger Weise in der menschlichen Arbeitsteilung wider. Eine besondere Bedeutung kommt der zwischen privatem und öffentlichem Bereich sowie der innerhalb der beiden Bereiche bestehenden Arbeitsteilung zu. Was den öffentlichen, den sogenannten Erwerbsbereich betrifft, werden hier unter dem Stichwort ‚Beruf‘ verschiedene Tätigkeiten zusammengefasst. Laut Hughes (1993: 286) können die Logik der Arbeitsteilung und die Kombination von Tätigkeiten und Funktionen zu Berufen (im Sinne von Aufgaben- oder Tätigkeitsbündeln) und ihre Zuweisung an unterschiedliche Menschen nicht als gegeben angenommen werden. Sie müssen erst entdeckt werden. Das bedeutet, dass die Arbeitsteilung selbst als ein Prozess der sozialen Interaktion verstanden werden muss, in dessen Verlauf die beteiligten Personen fortwährend mit der *Definition*, dem *Festlegen*, *Erhalten* und *Erneuern* der von ihnen ausgeübten Arbeiten und der dabei einzugehenden Beziehungen befasst sind⁷. Weiter kann menschliche Arbeits-

⁷ Bezogen auf das pflegerische Handeln ist von Interesse, welche Aspekte der Pflege an andere Menschen delegiert werden. Nach welchen Mustern erfolgt die Arbeitsteilung zwischen Pflegenden im öffentlichen und privaten Bereich, zwischen LaienpflegerInnen und ausgebildeten Pflegekräften? Ein anderer Aspekt ist die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege. Auch hier kann nicht von einer einmal gegebenen Arbeitsteilung ausgegangen werden. Im Gegenteil, das Beispiel ‚Pflege‘ zeigt, wie diese unter gesetzlichen, ökonomisch-politischen Gesichtspunkten ständig neu hergestellt wird. Die Verkürzung der Verweildauer sowie der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ haben dazu geführt, dass ein nicht geringer Anteil der Pflegearbeit vom öffentlichen Sektor zurück in den privaten Sektor verlagert worden ist (s. Dienel 2007: 283, Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., März 2009).

teilung sehr unterschiedliche Formen annehmen⁸ (Freidson 1994: 58). Für die berufliche/professionelle Pflege sind die von Freidson (2001: 46ff) beschriebenen drei ‚idealtypischen‘ Logiken der Arbeitsteilung relevant,

- die Arbeitsteilung nach dem freien Markt⁹
- die bürokratische Arbeitsteilung
- die berufs- bzw. professionsgesteuerte und kontrollierte Arbeitsteilung, kurz Professionalismus¹⁰.

Ein anderer Aspekt der Arbeitsteilung besteht darin, dass sie viele Arten von Austausch beinhaltet. In vielen Berufen erfolgt ein solcher Austausch auf wenigstens zwei Ebenen:

1. „zwischen einem Menschen und jenen anderen, mit denen er/sie in seinen/ihrem Beruf interagiert wie etwa zwischen pflegenden Person und den zu pflegenden Menschen
2. zwischen einer Berufsgruppe und der Gesellschaft, in der der Beruf ausgeübt wird, wobei gewissen Berufen charakteristische Merkmale wie eine Lizenz und ein Mandat zugrunde liegen“ (s. Hughes 1993: 287).

Die Lizenz¹¹ in Form einer Erlaubnis, eines Befähigungszeugnisses oder eines Gewerbescheins besagt, dass die Angehörigen eines Berufes über bestimmte Fähigkeiten verfügen. Mit der Lizenz erhalten sie die rechtliche Erlaubnis, ihrem Beruf oder ihrer Profession nach-zugehen. An die Lizenz werden in der Regel gesellschaftliche Erwartungen geknüpft. Im Austausch für die erteilte Erlaubnis, sich Gesundheits- und Krankenpflegerin zu nennen, erwartet der Staat, dass die Gesundheits- und Krankenpflegerin entsprechende Dienstleistungen erbringt. Mit der Lizenz wird eine Beziehung zwischen Staat und Gesundheits- und Krankenpflegerin hergestellt, die auf der Basis von Rechten und Erwartungen erfolgt. Diese können für beide Seiten implizit und explizit sein. Kritisch ist, dass in Deutschland nach Inkrafttreten des novellierten Krankenpflegegesetzes (KrPflG) vom 16. Juli 2003 am 01.01.2004 weiterhin nur die Berufsbezeichnung geschützt ist. Tätigkeitsvorbehalte auf berufsrechtlicher Ebene fehlen nach wie vor¹² (s. Igl 1998, 2008, Bollinger 2005: 15). Ungeachtet dessen entwickeln die Mitglieder eines Berufs nach Hughes (1993: 287f) ein Gespür für das, was ihr Mandat ist. Professionen nehmen für sich in der Regel ein *umfassendes rechtliches, moralisches und intellektuelles* Mandat in Anspruch. Über dieses Mandat gestalten sie ihre Beziehungen zu anderen Berufen und definieren, was nach ihrer Meinung zu ihrem Arbeitsbereich gehört und was nicht. Davina Allen (2004: 273) fasst unter den Begriff ‚Mandat‘ die Kultur und die Ideale eines Berufs bzw. einer Profession und verweist auf das zwischen Lizenz und Mandat bestehende Spannungsverhältnis. Hughes sieht das Wesen und die Reichweite von Lizenz und Mandat, die Beziehung zwischen beiden sowie die Umstände und Konflikte, die zu ihrer Ausdehnung oder Schrumpfung führen, als äußerst wichtige Bereiche einer Untersuchung von Berufen an. Lizenz und Mandat müssen

„als primäre Manifestation einer moralischen Arbeitsteilung (betrachtet werden), d.h. derjenigen Prozesse mittels derer die verschiedenen moralischen Funktionen/Aufgaben zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft, sei es als Einzelne oder Gruppen von Individuen verteilt werden. Diese moralischen Aufgaben unterscheiden sich voneinander sowohl in der Art wie im Ausmaß. Einige Menschen suchen und erhalten eine besondere Verantwortung bezüglich der Definition von Werten und dem Festlegen und Durchsetzen von

⁸ Ganz allgemein geht Arbeitsteilung mit Spezialisierung einher, die Koordination erfordert, da die verschiedenen Teilarbeitsprozesse wieder zusammengeführt werden müssen. Dieser Aspekt wird gerne übersehen. Dass diese ‚Koordinations- und Integrationsarbeit‘ für das Gesamtergebnis der zu leistenden Arbeit erforderlich ist, schimmert in Arbeiten durch, die sich mit der Thematik ‚interdisziplinäre Zusammenarbeit‘ näher befassen (z.B. Thylefors et al 2005; Long et al. 2006, Sander 2009). Weiter ist sie ein wichtiger Aspekt des Case Managements.

⁹ Die von Freidson (2001) beschriebene, am freien Markt orientierte Logik der Arbeitsteilung bezieht er in erster Linie auf ungelernte und angelernte Arbeiten.

¹⁰ In jüngster Zeit wird die berufs- bzw. professionsbezogene Arbeitsteilung auch als angemessene Form der Arbeitsorganisation für Wissensberufe behauptet. Ulrich Heisig (2005: 28) vertritt die These, dass die marktförmige und bürokratische Arbeitsteilung die spezifische Produktivität der Wissensarbeit zerstören bzw. zumindest erheblich vermindern kann.

¹¹ Der Begriff der Lizenz kann sehr eng gefasst werden und nur die rechtliche Seite umfassen. Er kann aber auch wesentlich weiter gefasst werden und Verhaltens- und Denkweisen oder den gesamte Lebensstil umfassen (s. Hughes 1993: 287). Hier lässt sich eine Querverbindung zu Bourdieus (1979) Konzept des Habitus herstellen.

¹² Das Fehlen von Tätigkeitsvorbehalten auf berufsrechtlicher Ebene führt nach Bollinger (2005: 15) zur Substituierbarkeit der Pflegeberufe untereinander (s. hierzu auch Kälble 2005: 38). Die Folgen dieser Situation werden gerne ausgeblendet. Die Qualifikation und Qualität der geleisteten Pflege von verschiedenen Kategorien von Pflegekräften ist in jüngster Zeit Gegenstand von Untersuchungen (s. z.B. Aiken et al. 2003, Thungjaroenkul/ Cummings/Embleton 2007, Unruh 2008, Kalisch et al. 2009)

Sanktionen in Bezug auf bestimmte Aspekte des Lebens; die Differenzierung der moralischen und sozialen Aufgaben beinhaltet sowohl den Bereich des in Frage stehenden sozialen Verhaltens als auch den Grad von Verantwortung und Macht“. (Hughes 1993: 288)

An diesen Gedanken knüpft Davina Allen (2001a: 24) in ihrer Arbeit über die sich ändernde Pflegepraxis in britischen Krankenhäusern an. Sie interessiert sich dafür, welche Form diese Praxis durch ihre lokale sowie situativ aktive Herstellung im täglichen Handeln der Pflegekräfte annimmt (s. Allen 2001a: xi). Hierbei greift sie Hughes Unterscheidung zwischen der Rolle eines Berufs/einer Profession und den einzelnen Aufgaben/Funktionen¹³ auf. Sie spiegeln zwei unterschiedliche Aspekte der Arbeitsteilung wider. Der technische Aspekt der Arbeitsteilung verweist vor allem auf die Zuweisung von Aufgaben (*was tue ich*), während der moralische Aspekt der Arbeitsteilung sich auf die berufliche Rolle bezieht (*was ich bin*). Entsprechend der unter dem Label eines Berufs/einer Profession zusammengefassten Aufgaben bzw. ‚Aufgabenbündel‘ unterscheiden sich Berufe/Professionen laut Hughes (1993: 293) dadurch voneinander, in welchem Ausmaß sie zu einem bestimmenden Hauptfaktor für die *soziale Identität*, für das *Selbstkonzept* und für den *sozialen Status* desjenigen werden, der den Beruf ausübt. Gesellschaftliche und soziale Entwicklungen, technische und wissenschaftliche Entdeckungen bedingen mehr oder weniger eine kontinuierliche *Rekonstruktion* und *Rekombination* der unter einem Berufs- bzw. Professionslabel zusammengefassten Aufgaben sowie der Veränderungen in den Beziehungen der Berufe/Professionen untereinander und zu ihrem jeweiligen Arbeitsgegenstand/Klientensystem (s. auch Hughes 1993: 292f). Ein anderer für die Pflege wichtiger Aspekt besteht darin, dass Berufe in ihrer *Autonomie* danach variieren, ob sie bestimmen können, welche Aufgaben zu ihren Pflichten und Vorrechten gehören¹⁴. Zudem werden den verschiedenen Aktivitäten, die einen Beruf ausmachen, von den Menschen innerhalb und außerhalb des jeweiligen Berufs unterschiedliche Werte beigemessen.

Bei der üblichen Gleichsetzung von Arbeit mit Erwerbsarbeit wird übersehen, dass das gesamte menschliche Leben mit Arbeit verbunden ist. Mit Blick auf das pflegerische Handeln/Arbeiten greift die Assoziation von Arbeit mit Erwerbsarbeit sowohl auf der analytischen wie auf der empirischen Ebene zu kurz. Die Engführung des Arbeitsbegriffs auf zumeist männliche Erwerbsarbeit basiert auf einer geschlechterdifferenzierenden Arbeitsteilung. Hiernach wird die bezahlte Arbeit überwiegend von Männern ausgeübt und die unbezahlte von Frauen, nachdem, anders ausgedrückt, den Männern zunächst der öffentliche und den Frauen der private Raum zugewiesen worden ist. Auch wenn sich inzwischen hier einiges verändert hat, wirkt das o.g. Prinzip der Arbeitsteilung weiter fort. Diese Form der Arbeitsteilung strukturiert auf vielfältige Art und Weise die zu leistende Pflegearbeit. Dies hat sich insbesondere für Frauen als problematisch erwiesen (s. Rabe-Kleberg 1993, 1996, Born et al. 1996, Krüger 1999). Zusammenfassend kann mit Heinz (1995: 11) festgehalten werden, dass die Arbeitswelt über verschiedene Wege Einfluss auf die Lebensführung der Menschen, auf ihre jeweiligen Persönlichkeiten und Wertvorstellungen nimmt. Die ausgeübten Arbeitstätigkeiten sind mit unterschiedlichen Chancen für Handlungsspielraum, Aufstieg und berufliche Kontinuität, aber auch mit Risiken, Restriktionen, Belastungen, Dequalifizierung und beruflicher Diskontinuität verbunden. Danach prägen

„berufliche Anforderungen und Arbeitssituationen [...] das Arbeitshandeln nicht direkt, vielmehr erweisen sich berufliche Sozialisationsprozesse als konstitutiv für den Aufbau von Arbeitsverständnis und **beruflicher Identität** sowie der Kompetenz zur Gestaltung des Erwerbsverlaufs, die ihrerseits auf das berufliche Handeln einwirken“ (Heinz 1995: 13)

¹³ Der englische Begriff ‚function‘ kann mit Aufgabe und mit Funktion übersetzt werden. Mit Blick auf die menschliche Arbeit geht es um den funktionalen Aspekt.

¹⁴ Bei der Übertragung des Professionsbegriffs auf die Gestaltung der pflegerischen Arbeit im organisatorischen Kontext eines Krankenhauses wird zwischen *organisatorischer* und *klinischer Autonomie* unterschieden (s. bspw. Clifford 1990, Kramer/Maguire/Schmalenberg, 2006, Kramer/Schmalenberg/Maguire et al. 2008, Schmalenberg/Kramer 2008). Klinische Autonomie verweist u.a. auf die Fähigkeit zur klinischen Entscheidungsfindung, wohingegen die organisatorische Autonomie unter dem Begriff der Kontrolle der Arbeit (d.h. der Arbeitsbedingungen wie Arbeitsmittel, Arbeitszeit etc.) diskutiert und untersucht wird.

In Kapitel 1 habe ich dargestellt, wie zu Beginn des 20. Jahrhunderts führende Pflegekräfte in den USA Vorstellungen von der Pflege als Profession entwickelten und diese durchzusetzen versuchten. Sie orientierten sich dabei an der sich zur gleichen Zeit professionalisierenden Medizin. Der Professionsbegriff war zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch eher vage und verschwommen (Strauss 2001: 32f). Bei der Verfolgung ihres ‚Professionsprojekts‘ verbündeten sich die führenden Pflegekräfte mit ‚fortschrittlich gesinnten‘ Ärzten¹⁵. Sie waren auf deren Unterstützung angewiesen und ließen sich auf ein Arbeitsarrangement mit der Medizin ein, das Strauss (2001: 55) als eine ‚wechselseitige Verbindung‘ und als ein ‚subordinate-superdominate pattern‘ bezeichnet. Aus dieser Verbindung erwuchs die Erteilung eines doppelten Mandats an die Pflege¹⁶ (s. Strauss 2001: 55f, s. auch Kap. 1). Dieses Muster der Arbeitsteilung bei der ‚Professionskonstruktion‘ begleitet die Pflege bis heute. Es entfaltet seine Wirkung auf der Ebene der konkreten Pflegearbeit und in den dabei einzugehenden Arbeitsbeziehungen und es steht, wie Fagin (1992) zeigt, einer ‚echten Zusammenarbeit‘ zwischen Medizin und Pflege im Wege. Ironischerweise kommt das subordinate-superdominate pattern in den USA zu einem Zeitpunkt zum Tragen, wo immer mehr Pflegekräfte im Krankenhaus arbeiten und wo dieser Ort zum wichtigsten Arbeitsplatz¹⁷ und Praxisfeld wird. Diese Entwicklung beginnt in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts und verstärkt sich nach dem Zweiten Weltkrieg. Zeitgleich setzt auf theoretischer Ebene ein Prozess ein, in dem sich die Pflege konzeptionell von der Medizin löst. Auf der praktischen Ebene hingegen findet durch die Verbreitung der so genannten Funktionspflege eine Ausdifferenzierung der von der Pflege wahrzunehmenden Aufgaben entlang von Funktionen und Tätigkeiten auf der Basis von einfachen bis komplexen Tätigkeiten statt, die durch eine an Funktionen und Tätigkeiten orientierte und sich ebenfalls differenzierende Ausbildung unterstützt wird¹⁸ (s. Mischo-Kelling 2007a: 45). Auffällig ist, dass das doppelte Mandat und die sich daraus ergebenden Folgen für die zu leistende Arbeit in der Diskussion über Professionen¹⁹, aber auch im pflegetheoretischen Diskurs nur bedingt in den Blick genom-

¹⁵ Strauss (2001: 54) betont, dass die medizinische und pflegerische Arbeit gut zusammenpassten, nicht zuletzt deshalb, weil sie aufgrund des Umstands, dass Pflegekräfte Frauen sind, einem Muster von Unterordnung/Überordnung folgten. Wie dieses Muster funktionierte, zeigt Strauss an diversen Beispielen auf. Im Bereich des ‚Wissens‘ zeigte es sich darin, dass dem Arzt ‚abstrakte Bildung‘ vorbehalten war, wohingegen die Pflege mit ‚technischer Bildung‘ befasst war.

¹⁶ Die damit verbundenen Folgen für die konkrete Pflege konnten allerdings von den führenden Pflegekräften in ihrer Tragweite nicht vorausgesehen werden, da sie in der Regel nicht im Krankenhaus arbeiteten, sondern außerhalb dieser Institution. Ihr primärer Arbeitsplatz in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war der Bereich des ‚Visiting Nursing‘, ‚Public Health Nursing‘ oder der des ‚Private Duty Nursing‘ (s. Fitzpatrick 1977, Buhler-Wilkerson 2001, Gelfand Mulka 2007, Mischo-Kelling 2007a, Gebbie 2009).

¹⁷ Diese Phase kann auch als Medikalisierung der Pflege in einem weiten Sinn beschrieben werden. Sie setzt in allen Ländern verstärkt nach dem Zweiten Weltkrieg ein und ist eng verbunden mit der Entdeckung von potenten Arzneimitteln und der Entstehung von Intensivstationen infolge technologischer Errungenschaften (s. Fairman/Lynaugh 1998). Sandelowski (2000) zeigt in ihrer Arbeit die mit dem Einsatz von neuen Technologien einhergehenden Veränderungen in der Pflegearbeit auf. Diese führen zu der erwähnten Rekombination und Rekonstruktion von Arbeit, aber auch von Rollen und Arbeitsbeziehungen zwischen Pflegekraft/Arzt und Pflegekraft/Patient.

¹⁸ Kristine Gebbie (2009) untersucht den Einfluss von vier wichtigen Reports über die Pflege (Goldmark-Report, Brown-Report, Lynsaught-Report und Institute of Medicine-Report). Die unter dem Begriff ‚registered nurse‘ versammelte **Vielfalt von Abschlüssen** (= vertikale Differenzierung) ist nach Gebbie das zentrale Problem der Pflege in den USA, welches bis heute nicht gelöst ist. Es macht die **Pflege als Ganzes verwundbar**, da dieser Zustand die **Vorstellung einer gegenseitigen Substituierbarkeit der unterschiedlich qualifizierten Personen fortwährend nährt** (ein Kreislauf der kontinuierlichen Abwertung der Pflege). Wie inzwischen immer mehr verstanden wird, ist diese Entwicklung das Resultat von kurzsichtigen politischen Entscheidungen. Diese haben in der Pflegepraxis zu erheblichen Problemen und Verwerfungen geführt. Daher empfiehlt der National Advisory Council On Nurse Education And Practice (NACNEP, 2008: 15f), alles daran zu setzen, die BSN-Studiengänge zu erhöhen, um den veränderten Anforderungen gerecht werden zu können.

¹⁹ Weidner (1995) ist in seiner Arbeit am Rande auf die Abhängigkeit der Pflege von der Medizin eingegangen. Er hat das Problem aber nicht weiter eruiert. Hutwelker (2005: 150f) spricht vom ärztlichen und pflegerischen Handlungsraum. Susan Gelfand Malka (2007) geht auf diesen Aspekt in ihrer Arbeit zur amerikanischen Pflege stärker ein. Celia Davies (1995a: 61) beleuchtet dieses Thema aus der **Funktion** heraus, die die pflegerische Arbeit für das männlich konnotierte Professionsprojekt der Medizin darstellt und **aus der Perspektive der vergeschlechtlichten Arbeitsteilung**. Der erste Aspekt ermöglicht der Medizin, ihr professionelles Projekt zu realisieren, indem die Pflegearbeit als Vor-, Zu- und Nacharbeit der ärztlichen Arbeit begriffen wird. Diese übrig gelassene Arbeit versuchen Pflegekräfte nun konzeptionell zu erfassen und zu professionalisieren. Steppe (1990) hat aus der historischen Entwicklung fünf Hauptelemente herausgearbeitet, die das ‚Gerüst‘ für die berufliche Pflege über einen großen Zeitraum absteckten. Hierzu gehört u.a. die strikte Unterordnung unter die Medizin/Kirche, die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die die Basis dieses Musters ist. Angelika Wetterer (2002) geht u.a. der historischen Entwicklung der Pflege nach und thematisiert vor allem die Arbeitsteilung. Das doppelte Mandat der Pflege scheint sich dem analytischen Zugriff leicht zu entziehen.

men werden. Beide Mandate basieren auf der geschlechterdifferenzierenden Arbeitsteilung. Das beschriebene subordinate-superdominate Muster bildete nicht nur die Basis der Beziehung zwischen Medizin und Pflege, sondern es war auch das Rollenmodell für die Beziehung zwischen Krankenhausadministration und Pflege. Im Zuge der damit einhergehenden Maskulinisierung der Krankenhausverwaltung kam es zu einem grundlegenden Wandel der sozialen Identität der Rolle der Superintendentinnen in der Pflege. In dieser Funktion konnten bis weit in die 20er Jahre des 20. Jahrhunderts mehrere Rollen wie Krankenhausleitung, Leitung des Pflegedienstes, Schulleitung, Pflegekraft und Frau gleichzeitig vereinigt sein. Die von führenden Männern der American Hospital Association (AHA) betriebene Professionalisierung auf der einen Seite und die von führenden Pflegekräften verfolgte Professionalisierung der Pflege auf der anderen Seite führte zu einer Rollendifferenzierung und einer damit einhergehenden Trennung von Verwaltungsaufgaben und pflegerischen Funktionen (s. Arndt 2009, Erickson 1980).

Das zwischen Pflege und Medizin bestehende subordinate-superdominate Muster hat sich auch in Europa in unterschiedlichen Varianten ausgebildet. Bollinger (2005: 27) vertritt die These, wonach in Deutschland die sich im 19. Jahrhundert allmählich etablierende berufliche Pflege und die wissenschaftliche Medizin als entwicklungsgeschichtliche Übergangsphänomene der Moderne zu interpretieren sind. Dabei verkörpert die Medizin, die sich fürs ‚Ganze‘ zuständig fühlt, ein männlich-bürgerliches und ständisch-elitäres Projekt. Demgegenüber entsteht die moderne Pflege historisch als ein Dienst. ‚Profession und Dienst‘ stellen in hohem Maß geschlechtskonnotierte und exklusiv gestaltete Entwürfe von Arbeitsvermögen dar. Beide Arbeitsformen zeichnen sich dadurch aus, dass sie zugleich auch eine *Lebensform* beschreiben. *Arbeit, Leben* und *Beruf bzw. Profession verschmelzen miteinander*. Sie sind total. Beide Formen verhalten sich in der Arbeitsteilung wie in der Geschlechtsverteilung komplementär zueinander (s. Bollinger 2005: 27). Diese Beschreibung trifft den Sachverhalt hinsichtlich der daraus resultierenden, heute noch spürbaren Folgen nur zum Teil. Sie erkennt, dass sich die berufliche Pflege in Deutschland im 19. Jahrhundert zunächst als *Heilspflege* und im weiteren Verlauf auch als *Heilpflege* etablierte²⁰ (s. Mischo-Kelling 1995b). Heils- und Heilpflege folgen beide einem Arbeitsarrangement, das in Anlehnung an Holtgrewe (1997: 99) als ‚Eheparadigma‘ bezeichnet werden kann. Es ist dem ‚subordinate-superdominate‘ Muster ähnlich. Innerhalb dieses Paradigmas, dargestellt in Abbildung 4.1, nehmen Frauen die Assistenzarbeit für den jeweiligen beruflichen Partner wahr.

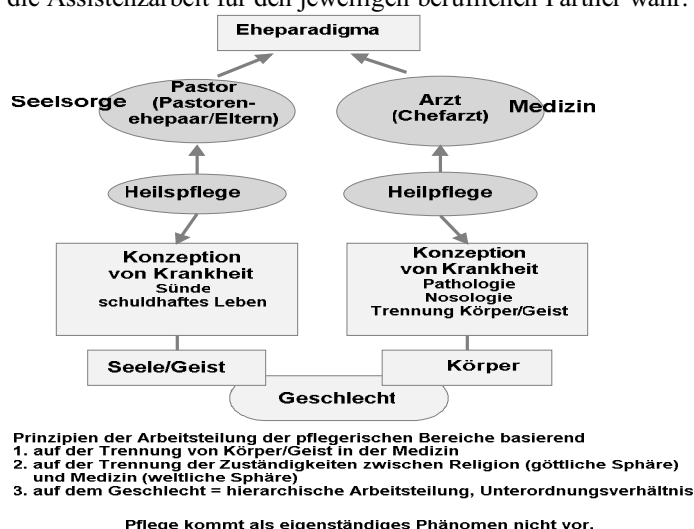


Abb. 4.1. Eheparadigma in der Pflege

In Deutschland haben wir es in der Pflege, historisch gesehen, zeitweise mit einem ‚doppelten Eheparadigma‘ zu tun, die zwei verschiedene, miteinander konkurrierende soziale Welten repräsentieren. Zum einen leistet die

²⁰ In den USA wie in Großbritannien spielte das Thema der Heilspflege bei der Etablierung der beruflichen Pflege eine eher untergeordnete Rolle. Hier stellt Deutschland einen bis heute bestehenden Sonderfall dar.

Pflege eine umschriebene Assistenzarbeit für den *Pastor/die Kirche* und zum anderen Assistenzarbeit für den *Arzt*²¹. Art, Umfang und Inhalt der religiösen Assistenzarbeit geht aus den Regeln der Orden- und Glaubensgemeinschaften bzw. Mutterhäuser hervor, wohingegen Art, Umfang und Inhalt der Assistenzarbeit für den Arzt aus den frühen Lehrbüchern und anhand der Krankenpflegegesetze im 20. Jahrhundert abgeleitet werden kann (s. z.B. Salzwedel 1909, ADS und Deutsche Schwesterngemeinschaft E.V. 1958/1969, Harsdorf/Raps 1986, Kruse 1987). Christoph Schweikardt bringt das Problem mit Blick auf das für das Professionsverständnis zentrale Konzept der Autonomie auf den Punkt. Hiernach ist „die Krankenpflege in Kernbereichen ärztlicher Diagnostik und Therapie ein weisungsgebundener Beruf“ (s. Schweikardt 2008: 19). Einmal wird die Pflege an das Heil gekoppelt, zum anderen an die Krankheit. *Heilspflege* und *Heilpflege* verkörpern konkurrierende Konzepte von Krankheit²². In beiden Formen wird von der *Pflege als eigenständigem Phänomen* abstrahiert. Die Pflege wird stattdessen aus der jeweils vorherrschenden Perspektive eines naturwissenschaftlich geprägtem Krankheitsverständnisses oder eines leidenden kranken Menschen entsprechend des Verständnisses der katholischen resp. protestantischen Kirche gedeutet (s. Nolte 2009a, b, Käppeli 2004). Die gefundene Arbeitsteilung wird mit dem weiblichen Geschlecht und Charakter begründet und legitimiert. In beiden Modellen ist die Pflege – wie in Abbildung 4.2. dargestellt –, abhängiger Teil einer spezifischen sozialen Welt (s. Strauss 1982; 1984, 1993).

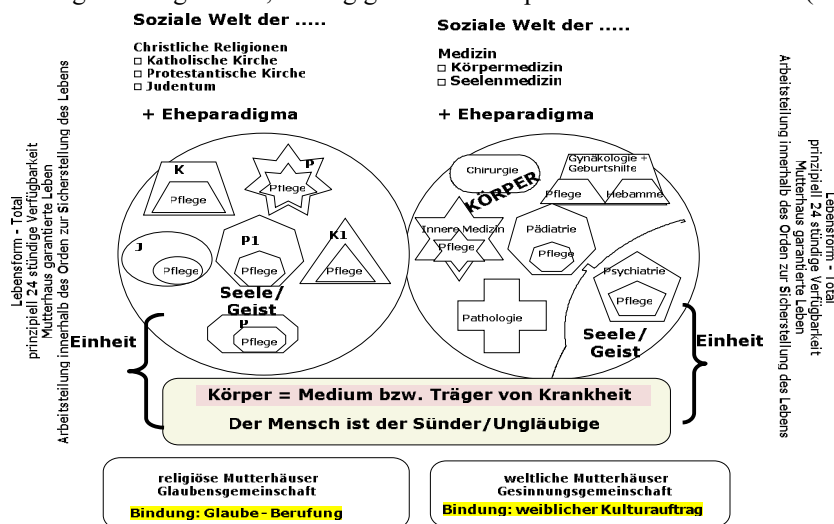


Abb. 4.2: Soziale Welt der Heilspflege und der Heilpflege

In beiden sozialen Welten – Religion, Medizin –, bestimmen unterschiedliche *Wissenssysteme, Normen* und *Werte* das berufliche Handeln der Mitglieder. Mit dem Aufkommen weltlicher Pflegeorganisationen Ende des 19. Jahrhunderts und der freiberuflichen Pflege mit Beginn des 20. Jahrhunderts erhält die *Heilspflege* durch das Konzept der ‚geistigen Mütterlichkeit‘ in seinen unterschiedlichen Ausprägungen eine Konkurrenz. Die religiöse Heilspflege wird durch eine *säkulare Heilspflege* ersetzt. Religiöse und säkulare Heilspflege sowie säkulare Heilpflege treffen aufeinander, ohne dass das Eheparadigma, das in der sozialen Welt der Medizin handlungsleitend für die Pflegekraft-Arzt-Beziehung ist, im Kern tangiert bzw. herausgefordert wird (s. Abb. 4.3). Mit dem Aufkommen weltlicher Schwesterngemeinschaften ist die Gruppe der weltlich orientierten Pflegekräfte lediglich einem Eheparadigma, statt zweien verpflichtet, wohingegen die Lebensform des Mutterhauses und die Ver-

²¹ Sehr ausgeprägt ist dieses doppelte Eheparadigma in Fliedners Konzeption der Krankenpflege (s. Schmidt 1998, Köser 2006). Die Situation im katholischen Bereich sah etwas anders aus, auch wenn hier, wie in der Diakonie, Pflege als Heilspflege begriffen wurde. Die katholischen Pflegekräfte (der Orden, Kongregationen) verfügten gegenüber ihren protestantischen KollegInnen trotz der Weisungsgebundenheit gegenüber ärztlichen Anordnungen im 19. Jh. über eine größere Autonomie (s. Meiwes 2000: 169ff). Dies änderte sich nach und nach gegen Ende des 19. Jahrhundert als katholische Ärzte begannen, ihren Einflussbereich in den katholischen Krankenhäusern immer mehr auszudehnen (s. Schweikardt 2008: 138ff).

²² In jüngster Zeit ist die *Heilspflege* erneut Gegenstand historischer Forschung. Karen Nolte (2006, 2008, 2009a, b, 2010) entdeckt in diesem Bereich trotz der Reglementierung durch das ‚Mutterhaus‘ den ‚eigenständigen Bereich‘ der Pflege. Sie differenziert zwischen der ‚Seelenpflege‘ oder auch ‚geistigen Pflege‘ und der physischen Pflege (Leibespflege). Diese Seelenpflege wurde mit religiösen Deutungsmustern von Krankheit, Armut und Sünde verbunden. Pflege als eigenständiges Phänomen taucht hier nicht auf, sondern wird mit Krankheit assoziiert.

pflichtung bzw. Berufung zur geistigen Mütterlichkeit den Pflegekräften die Möglichkeit geben, sich an den Beruf bzw. an das Kollektiv der jeweiligen Schwesternschaft zu binden.

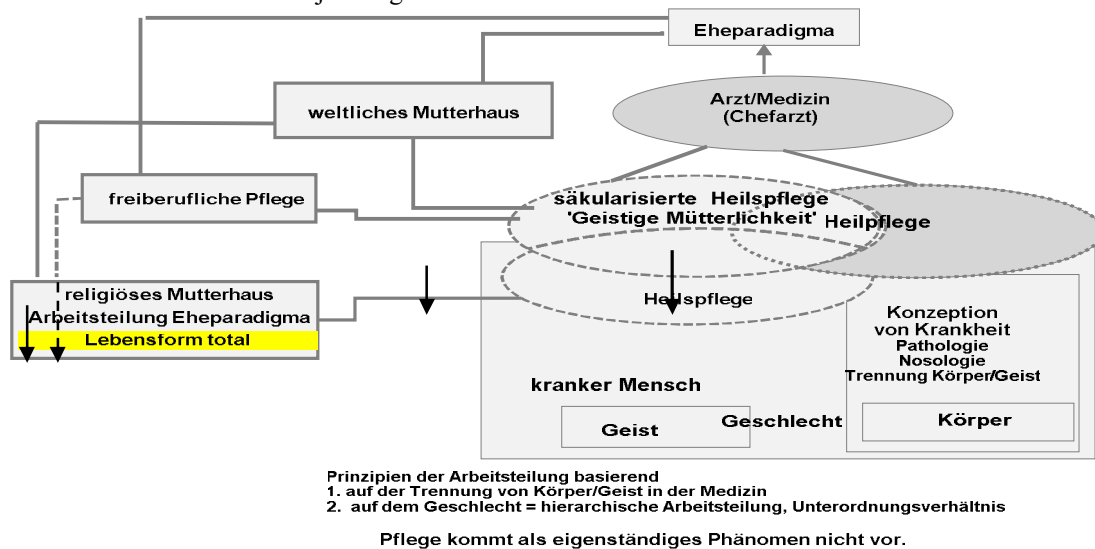


Abb. 4.3: Vom doppelten zum einfachen Eheparadigma

Dieses Arrangement der pflegerischen Arbeit war solange unproblematisch wie die Pflege als ein ‚besonderer Beruf‘ total durchorganisiert war, d.h. solange es kein privates Leben neben dem Beruf gab. In diesem Arrangement wird die **Heilspflege** vom jeweiligen Mutterhaus geprägt, wohingegen die unter die **Heilpflege** fallenden Aufgaben von der Medizin bestimmt werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass diese Berufskonzeptionen sämtlich so gefasst waren, dass sie keine Konkurrenz für den Mann darstellten. Sie reichten von der Idee der Pflege als Lebensberuf auf kirchlich-religiöser Basis (religiöser Berufung) bis zum lebenslänglichen Erwerbsberuf (säkulare Berufung im Sinne der geistigen Mütterlichkeit und eines säkularen Zölibats (s. von Oertzen 2000, Kreutzer 2005) bzw. als zeitweiliger weiblicher Erwerbsberuf zur Vorbereitung auf den eigentlichen Beruf als Mutter, Ehe- und Hausfrau (s. ausführlich Mischo-Kelling 1995b). Das Wissen im Bereich der religiösen wie der säkularen Heilspflege wird mündlich und mittels Einübung in der Praxis vermittelt und in unterschiedlicher Form kontrolliert²³. Das Wissen im Bereich der Heilpflege war in wohl dosierter und abgespeckter Form in Büchern kodifiziert und wurde entsprechend des Wissenstandes kontinuierlich revidiert (s. Mischo-Kelling 1995b, Schweikardt 2008). Die **Lebensform**, die daran **gekoppelten langen Arbeitszeiten** (inkl. des Wohnens auf den Stationen bzw. nahe bei den Stationen (s. Kreutzer 2006: 204, Meiwes 2008: 55) und nicht zuletzt die bauliche Struktur der Krankenstationen, d.h. die Krankensäle, sorgten für die Kontinuität. Brüchig wird dieses Arbeitsarrangement und die damit verbundene Arbeitsorganisation in dem Moment, wo die historisch gewachsenen Organisationsstrukturen der beruflichen Pflege in Form der Mutterhausorganisation nicht mehr greifen. Das, was bislang in der einen wie in der anderen Variante als Einheit erlebt und erfahren worden war, unterlag im westlichen Teil Deutschlands nach dem zweiten Weltkrieg, verstärkt ab den 1960er Jahren, Anfang der 1970er Jahre aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen und den Entwicklungen in der Medizin Erosionsprozessen. (s. Pinding 1972, Leitner-Botschafter et al. 1973, Volkholz 1973, Kreutzer 2005, 2010). Dies führte dazu, dass der so genannte ‚eigenständige Bereich‘ der Pflege nicht zuletzt aufgrund der geschlechterdifferenzierenden Berufs- wie Professionskonstruktion ständig Gefahr lief, nur als ‚Anhängsel‘ wahrgenommen und somit zu einer ‚Restkategorie‘ zu werden (s. Davies 1995a). Die unreflektierte Kopplung von Pflege an das weibliche Geschlecht, anders gesagt, die Behauptung einer Identität zwischen Pflege und weiblichem Geschlecht negiert aber die in Kap. 3 herausgearbeitete anthropologische Notwendigkeit der Pflege für das menschliche Überleben. Denn das, was konkret unter Assistenz verstanden wird, hängt nur noch von der durch die geschlechterdiffe-

²³ Beispielhaft soll hier die Dissertation von Silke Köser (2006) erwähnt werden, die sich mit der Herausbildung kollektiver Identitäten am Beispiel der Kaiserswerther Diakonissen beschäftigt hat und verschiedene Wege der Identitätsbildung aufzeigt.

renzierende Arbeitsteilung erforderlich gewordenen Vermittlungs- und Gewährleistungsarbeit zwischen privater und öffentlicher Sphäre einerseits ab sowie von der zu leistenden Vermittlungs- und Gewährleistungsarbeit zwischen der Arbeit der Professionellen und ihren AssistentInnen andererseits (s. Holtgrewe 1997). Inhalt und Umfang der Arbeit und die zum Einsatz kommenden Technologien sind dabei, wie historische Arbeiten zeigen, ebenso wie die männliche/weibliche Konnotation der jeweiligen Arbeiten höchst variabel (s. Sandelowski 2000). Inhalt und Umfang wurden im historischen Verlauf immer weiter ausgedehnt²⁴ (Gelfand Malka 2007). Diese Aspekte werden in der Professionsdiskussion nicht oder eher am Rande berücksichtigt. Damit wird die Voraussetzung, die die professionelle Arbeit erst ermöglicht, nämlich die im privaten wie im öffentlichen Bereich zu leistende Vermittlungs- und Gewährleistungsarbeit systematisch ausgeblendet. Sie muss aber aufgegriffen werden, um zu qualitativ neuen Lösungen zu gelangen. Ganz allgemein abstrahiert das Eheparadigma von der konkreten Arbeitssituation wie vom konkreten Patienten. Bei diesem Muster der Arbeitsteilung werden unangenehme Arbeiten („dirty work“, Hughes 1993) und Routinearbeiten weiterdelegiert, ohne die Folgen zu berücksichtigen, die dies für die Pflegearbeit selbst hat. Hierbei wird die Pflege für die Medizin gewissermaßen zu einem „Mülleimer“. Die Pflege hat auf diese Situation u.a. dadurch reagiert, dass sie die ärztlich delegierten Aufgaben als Aufstiegsprojekt (Fahrstuhl) benutzt hat und zugleich pflegerische Aufgaben an Hilfskräfte delegiert hat. Dieses in Abbildung 4.4 dargestellte Phänomen möchte ich als „Mülleimer-Fahrstuhltheorie“ bezeichnen.

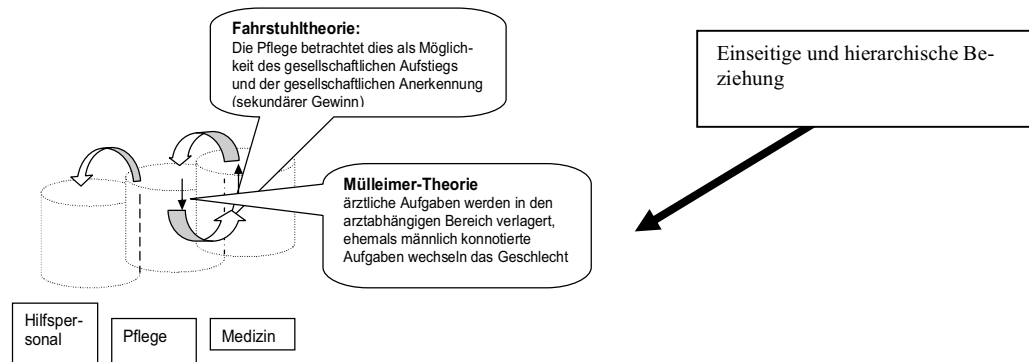


Abb. 4.4: Die Mülleimer- und Fahrstuhltheorie

Sie impliziert eine gleichzeitige Ab- und Aufwertung der jeweils delegierten Aufgabe. Hierbei handelt es sich um ein strukturelles, an die Arbeitsteilung gebundenes und geschlechtlich konnotiertes Phänomen, das seine Wirkung auf verschiedenen Ebenen entfaltet: auf der gesellschaftlichen, der rechtlichen, der organisatorischen Ebene, auf der Ebene der Arbeitsbeziehungen und schließlich auf der Ebene des Handelns und in der Interaktion²⁵. Weiter zeigt es sich auf der Ebene der Produktion und Nutzung von Wissensformen und -arten durch deren unterschiedliche Anerkennung, Privilegierung, Benachteiligung oder Missachtung. Auf diese Weise wird das Thema „Arbeit und Geschlecht“ unendlich variiert, ohne dass sich irgendetwas am Grundproblem ändert. Es stellt sich die Frage, wie sich bei dieser Form der Berufs- und Professionskonstruktion ein eigenständiges berufliches Selbst/Selbstkonzept oder eine professionelle Identität mit einem pflegeinhaltlichen Profil herausbilden kann.

Weitere wichtige Aspekte der sozialen Organisation von Berufen und Professionen sind das Wissen und die damit verbundenen Fähigkeiten/Fertigkeiten, der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich, die Autonomie sowie die Kontrolle über die eigene Arbeit. Hierbei handelt es sich um Aspekte, die bei der Organisation der Pflege als einer wissensbasierten Profession eine zentrale Rolle spielen. Auch diese Aspekte müssen aus der Perspektive der

²⁴ In diesem Modell wird Frauen der Übergang zur Profession abgeschnitten. Es bedeutet zugleich eine soziale Schließung und eine Öffnung gegenüber den Frauen. Was die Pflege betrifft, konnten die Frauen vom Rande her am medizinischen Fortschritt sowie am Erfolg der Medizin teilnehmen.

²⁵ Im Gutachten 2007 des Sachverständigenrates (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Bundestagsdrucksache 16/6339 vom 07.09. 2007, Pkt. 2.2.5) wird dieser Sachverhalt aus rechtlicher Sicht (Heilberufsrecht, Sozialrecht, Haftungsrecht) anschaulich herausgearbeitet.

Mülleimer/Fahrtstuhltheorie in ihrer Wirkung nach ‚oben‘ (Medizin) und nach ‚unten‘ (Hilfskräfte) hinterfragt werden. Die in der angloamerikanischen Fachöffentlichkeit diskutierten Professionellen Praxismodelle als angemessene Organisationsformen der Arbeit von ‚*knowledge workers*‘ in hochkomplexen Expertenorganisationen entsprechen Freidsons (2001: 56ff) dritter Logik der Arbeitsteilung, dem Professionalismus. Dies verweist auf eine berufs- bzw. professionsgesteuerte Arbeitsteilung²⁶, in der die jeweiligen Berufsgruppen/Professionen selbst bestimmen, welche Arbeit geleistet und wie die Spezialisierung zwischen den einzelnen Berufsgruppen/Professionen gestaltet wird. Diese selbstgesteuerte und kontrollierte Arbeitsteilung ist ein wesentlicher Teil des Professionalismus (Freidson 2001: 55ff) und wird von denjenigen, die die Pflege als eine wissensbasierte Profession verstehen, angestrebt. Ob sie angesichts der subtilen Wirkungsweise der Mülleimer/Fahrtstuhltheorie erreicht werden kann, bleibt offen. In Deutschland befindet sich die berufliche Pflege irgendwo zwischen einem weiblich konnotierten Beruf und einer männlich konnotierten Profession, weshalb im Folgenden auf beide Organisationsformen erwerbsmäßiger Arbeit eingegangen wird.

4.2 SOZIALE ORGANISATION DER ARBEIT IN FORM EINES BERUFS UND EINER PROFESSION

Alle Definitionen von Berufen verweisen darauf, dass für die Ausübung eines Berufs der Erwerb gewisser Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich ist. Diese werden mittels einer entsprechenden Berufsausbildung erworben. Letztere wird als Grundvoraussetzung für den Erwerb eines spezifischen Arbeitsvermögens angesehen und ihre Ausgestaltung gilt als wesentlicher Schritt zur Etablierung eines beruflichen Teilarbeitsmarkts. Nach Beck/Brater/Daheim (1980: 98) entscheiden

„Bildungsgänge damit auch indirekt über die mit den jeweiligen Berufsansprüchen verbundenen sozialen Ungleichheiten, über Status- und Einkommensrechte, über die Stellung in der Kooperation, über Abhängigkeit und Autonomie usw.“

Das dominanteste Prinzip der Berufsschneidung ist das der Vermarktbarkeit des Arbeitskräfteangebots. Die Schulbildung stellt für die einzuschlagende Berufsausbildung eine wichtige Weichenstellung dar, insofern der im Allgemeinbildenden Schulsystem erworbene Abschluss sozusagen die Eintrittskarte für den weiteren Lebens- und Berufsweg ist. Was nun den Übergang von der Schule in den Beruf bzw. in die berufliche Ausbildung betrifft, müssen nach Krüger (1991: 140f) strukturell drei Übergangswege betrachtet werden: das duale System, das System ohne qualifizierenden Abschluss und das Schulberufssystem oder anders formuliert die vollzeitschulische Ausbildung für Berufe jenseits des dualen Systems. Hierbei handelt es sich um ein männliches und ein weibliches Übergangssystem. Das weibliche Übergangssystem ist der letzteren Berufsbildungsform zuzurechnen, der die Krankenpflegeausbildung angehört. Die in dieser Berufsausbildungsform versammelten Berufe sind nach bundes- oder länderspezifischen Sonderregelungen geregelt wie etwa die Ausbildung zum/r Gesundheits- und KrankenpflegerIn. Sie führt zu einem staatlich anerkannten Berufsausbildungsabschluss. Krüger (1991: 146) betont, dass die in dieser Berufsbildungsform erreichten Abschlüsse, die so genannten Schulberufe, einen eigenen Marktwert und eine eigene Ausbildungsstruktur haben. Die Pflegeausbildung nimmt im Berufsbildungssystem einen Sonderstatus ein, insofern sie sich außerhalb desselben befindet²⁷. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass die Etablierung der Ausbildung in der Krankenpflege historisch zu einem Zeitpunkt erfolgte, als eine erbiterte Auseinandersetzung um männliche und weibliche Aufgabenfelder mit der für das deutsche Berufsbildungssystem entscheidenden Differenzierung zwischen *existenzsichernden* und *natürlichen Berufen* stattfand (Krüger 1997b). Diese Differenzierung führte in der Folge zu einer Zweiteilung des Arbeitsmarktes in sog. Männer-

²⁶ Freidson (2001: 89) fasst unter diese Logik auch die verschiedenen Handwerke/Gewerbe. Professionen unterscheiden sich von diesen durch ihre universitäre Ausbildung. Eine Zwischenposition nehmen ‚technicians‘ ein, worunter er auch die Pflege zählt. Einem Teil der hierunter fallenden Gruppen ist eine Verlagerung ihrer Ausbildung in den Hochschulbereich gelungen.

²⁷ Problematisch ist, dass das Berufsbildungssystem in seinem berufsqualifizierenden Teil eine Doppelstruktur beinhaltet, die den weiblichen um die Familie zentrierten Lebenslauf und den männlichen um den Beruf und die Erwerbskarriere zentrierten Lebenslauf nicht nur inhaltlich, sondern auch ökonomisch-zeitlich vorprogrammiert. Die besseren Vorqualifikationen der Mädchen aus dem Allgemeinbildungssystem gehen bereits in der geschlechtsspezifischen Struktur des Berufsbildungssystems selbst in weiten Teilen verloren (s. Krüger 1991: 151).

und sog. Frauenberufe und den daraus resultierenden, strukturell bedingten Nachteilen für Frauen. In Deutschland hat diese Zweiteilung des Arbeitsmarktes dazu geführt, dass die Sicherung von ‚Weiblichkeit‘ in der beruflichen Bildung durch deren Dreiteilung zementiert wurde, nämlich in

1. „ein markt- und tarifrechtlich integriertes duales System der Lehrlingsausbildung mit struktureller Verbindung in die entsprechenden existenzsichernden Berufe im Arbeitsmarkt
2. die Etablierung so genannter Bildungsanstalten für Frauenberufe, in denen vor allem Frauen höherer Schichten über die Entfaltung von Weiblichkeit jenseits marktlicher Existenzsicherung an das heiratsfähige Alter herangeführt wurden
3. unternehmensgebundene Kurzeitbildungen für den unmittelbaren Bedarf, um die Erwerbsbeteiligung von Frauen auf ein vorfamiliäres Zwischenstadium festzulegen“ (Krüger 1997a, 2003).

Die Pflegeausbildung fällt unter den zuletzt genannten Punkt. Sie findet in Verbandsträgerschaft, d.h. in einer Hand statt. Sie wurde historisch und bis zum heutigen Tag stark von den Interessen der unterschiedlichen Krankenhausträger und anderer Interessengruppen bestimmt mit der Folge, dass sich die berufliche Pflege schon in der Anfangsphase ihrer Geschichte Strukturprobleme eingehandelt hat, die sie bis heute, d.h. auch mit der Novellierung des KrPflG von 2003 nicht überwunden hat. Die Berufswege, so wie sie sich historisch herausgebildet haben, sind schematisch in der Abbildung 4.5. zusammengefasst.

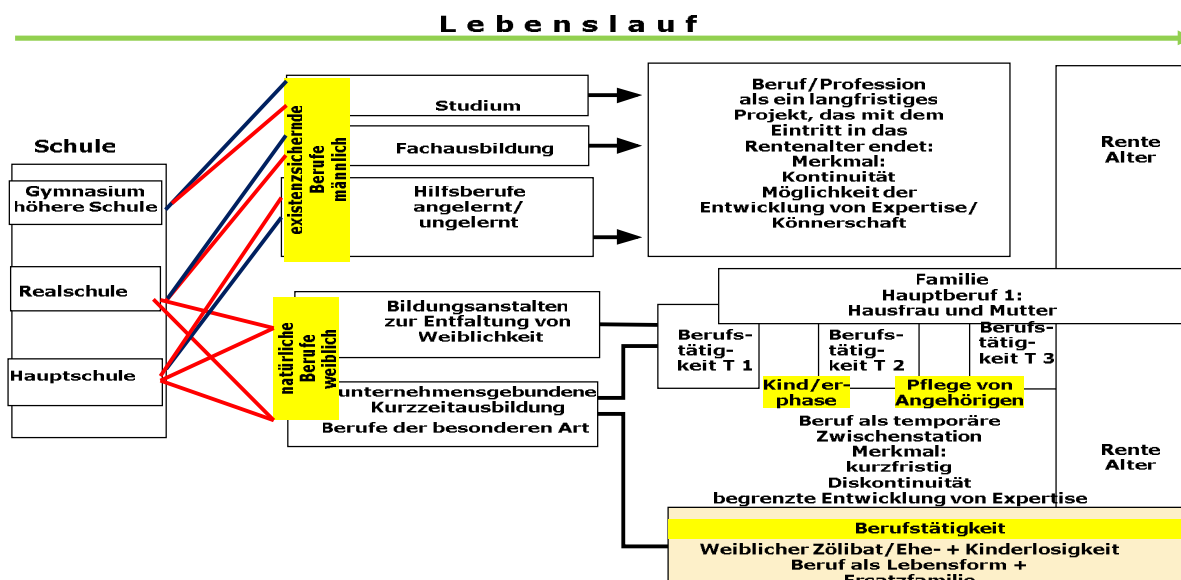


Abb. 4.5: historisch herausgebildete Berufswege

Für die berufliche Pflege galt bis weit in die 1960er Jahre der hellbraun und gelb unterlegte Weg. In dieser Konstruktion konnten sich Pflege und Medizin als komplementäre und sich wechselseitig ergänzende Veranstaltungen auf der Basis der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, der Trennung von Krankheit und Person, von Seele/Geist und Körper herausbilden. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass in der Berufsausbildung nicht nur fachliche Qualifikationen vermittelt werden, sondern dass es dabei immer auch um Persönlichkeitsbildung im Sinne von ‚Formung der Person, ihrer Eigenschaften und Fähigkeiten‘ geht. Beck/Brater/Daheim (1980: 201) heben hervor, dass verschiedenen Berufen ganz verschiedene ‚Persönlichkeitsmodelle‘ innewohnen, womit sie unterschiedliche „Kanäle“ der persönlichen Entwicklung darstellen. Darüber hinaus scheint der Beruf eine primäre Quelle des Selbstwertgefühls zu sein, also des Bildes,

„das Erwachsene von sich selbst haben und mit dem sie sich den anderen präsentieren. Die Elemente des Berufs, an die sich diese Identifikation seiner Inhaber anknüpft, können ganz verschieden sein, und das berufliche Selbstbild kann mehr oder weniger vom Fremdbild abweichen; in der Regel ist diese Selbstidentifikation mit dem Beruf positiv“ (Beck/Brater/Daheim 1980: 215).

Es liegt auf der Hand, dass die zu entwickelnden Persönlichkeitsmodelle in den einzelnen Institutionen der Pflegebildung je nachdem, ob sie religiöser oder weltlicher Art waren, sehr von einander differieren konnten. Die

historischen Erkenntnisse legen nahe (s. 4.1), dass in den weltlichen Organisationen, die säkularisierte Heilspflege immer mehr in dem aufgeht, was in den 1950er Jahren von der deutschen Krankenhausgesellschaft unter dem Begriff der ‚Grundpflege‘ subsumiert wurde, und die Heilpflege in der sogenannten Behandlungspflege (s. Müller 2001a: 97ff). Für letztere Pflegeform bildet das Wissen der Medizin den Bezugsrahmen, wohingegen das Wissen der erstgenannten Form primär in Praxis und Erfahrung verkörpert ist.

Das Bildungssystem als zentrale Institution²⁸ zum Erwerb allgemeiner und beruflicher Kompetenz hat in seiner Dreifachfunktion als Werteträger individueller Orientierungen, als Sozialisations- und Territorialitäts-Agentur sowie als Teil der Sozialstruktur einer Gesellschaft entscheidenden Anteil an der Herausbildung eines beruflichen Selbst und Selbstkonzepts. Wie Krüger schreibt, stützen Institutionen

als Träger von Werten, wie z.B. Gleichheit, Bildung, sozialer Verantwortung, [...] wesentlich die Aufrechterhaltung der entsprechenden Orientierungen. Als konkrete Sozialisationsinstanzen mit Zuordnungscharakter von Territorien und Kompetenzen zu Geschlecht nehmen Schule, Familie und Beruf seit Beginn der Geschlechterforschung einen breiten Raum ein. In Form ihrer organisatorischen Verfasstheit sind sie zugleich wesentlicher Bestandteil der Sozialstruktur und der in ihr inkorporierten Geschlechterordnung. [...] Nicht nur aus der Sicht der Sozialstruktur und ihrer Reproduktion, sondern auch von der Seite der Subjekte her betrachtet, stellen Institutionen sowohl einen orientierenden als auch sozialisierenden und Alternativen begrenzenden Handlungsrahmen für individuelle Selbstverortung und subjektive Biographiegestaltung dar. Sie sind eine intermediäre Schnittstelle zwischen sozialisatorisch-subjektiv vermitteltem gesellschaftlichem Kontext der Orientierung und materialisierten Standardisierungen des Handelns (Krüger 2001a: 66).

Anhand eigener Forschungsarbeiten belegt Krüger (2001a), dass in bestimmten Bereichen – etwa in der Familie (Ursprungsfamilie, eigene Familie/ Partnerschaft) oder im Bereich der Allgemeinbildung die Zuweisungen von typisch weiblichen und männlichen Geschlechtsattributen etc. nicht mehr durchgängig greifen²⁹. Die Berufskonstruktion wiederum wird laut Voges (2002: 32) durch Leitvorstellungen beeinflusst, die in Berufsbildern kodifiziert sind. Diese ‚Berufsbilder‘ dienen dazu, Interessen bei der Berufsschneidung und beim Abstecken von Erwerbschancen durchzusetzen. Da einem Berufsbild in diesem Zusammenhang eine instrumentelle Funktion zukommt, unterscheidet es sich je nachdem, ob es von Interessenvertretern der Anbieter oder der Abnehmer der Arbeitskraft oder gar von Kostenträgern der Arbeitsleistungen erstellt ist (Voges 2002: 34). Zusammengefasst weisen Berufsbilder im Allgemeinen nur jene Fähigkeiten aus, die formale Merkmale des Berufs sind. Sie haben *funktionalen Charakter* und sind auf die expliziten Anforderungen der Berufspositionen bezogen. Als informale Bestandteile fließen implizite Anforderungen des Beschäftigungssystems zusätzlich mit ein. Sie beziehen sich auf individuelle Ressourcen und Eigenschaften der Berufsinhaber. Informale Bestandteile sind zunächst ‚erwartete Fähigkeiten‘, die wichtig sind, um die Arbeitsaufgabe erledigen zu können. Weiter können sich zu den informalen Bestandteilen eines Berufsbilds auch den Berufsinhabern ‚zugeschriebene Eigenschaften‘ entwickeln (Voges 2002: 35). Ein anderer für das Praxisfeld wichtiger Aspekt besteht darin, dass Berufsausbildungen direkt auf die Berufspraxis vorbereiten, wohingegen eine Hochschulbildung zur Ausübung der jeweiligen Profession befähigt³⁰ (s. Bollinger 2005: 18f).

²⁸ Nach Krüger (2001a: 66) geht es darum, den empirischen Vermittlungsprozessen zwischen Sozialstruktur, Kultur und Handeln auf die Spur zu kommen. Dieser Aspekt ist für eine pflegerische Handlungstheorie, die ihre Wirkung in der beruflichen Praxis entfalten soll, wichtig, da diese Vermittlungsprozesse eine wesentliche Rolle für die nachhaltige Veränderung der beruflichen Pflege spielen.

²⁹ Mädchen und Jungen haben sich in ihren Verhaltensweisen und Kompetenzen angenähert. Dennoch gelingt es insbesondere Frauen nicht, die erworbenen Kompetenzen und das damit korrespondierende Selbstkonzept im Beruf aufrechtzuerhalten. Was für die Elterngeneration noch selbstverständlich war – ‚der Mann geht arbeiten, die Frau bleibt Zuhause‘ –, wird zunehmend in Frage gestellt und ist Gegenstand von Aushandlungsprozessen. Diese fallen jedoch – wie Krüger (2001a: 68ff) feststellt – zuungunsten der Frauen aus. Das Berufsbildungssystem erweist sich hier als erste Barriere.

³⁰ Letzteres bedeutet, „dass die Sozialisation in die besonderen Bedingungen dieser beruflichen Praxis dann beim Übertritt in das Beschäftigungssystem erfolgen muss“ (Bollinger 2005: 19). Die Bedeutung dieses Aspekts kann in seiner praktischen Konsequenz leicht unterschätzt werden. Er ist aber, wie neuere Untersuchungen in der Pflege belegen (s. die inzwischen klassische Arbeit von Patricia Benner 1984, Gregg/Magilvy 2001, MacIntosh 2003, Crawford/Brown/Majomi 2008, Jasper 2006), für den weiteren Berufsverlauf und die berufliche/professionelle Identität wichtig.

Was nun den Begriff *Profession* betrifft, ist damit nach Siegrist (1988: 14)

„eine besondere Sorte von Beruf (gemeint), dessen Ausübung eine spezialisierte, tendenziell wissenschaftlich fundierte Ausbildung voraussetzt, in der berufsbezogenes, generalisierbares und theoriehaltiges Wissen zusammen mit ethischen Einstellungen vermittelt wird“.

Auffallend ist weiter, dass

„Professionen – im Selbstverständnis der „professionals“ wie im klassischen Professionsbegriff, der es partiell verdoppelt - in spezifischer Weise immer auch Männern vorbehaltene Eliteberufe (sind)“ (Wetterer 2002: 237).

Letztere Vorstellung wird durch den Zugang von immer mehr Frauen zu Professionen in Frage gestellt. Dies bedeutet aber nicht, dass Professionen ihre geschlechterbezogenen Prägungen von heute auf morgen abstreifen. In ihrer zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse der Projekte des DFG-Forschungsschwerpunktprogramms *„Professionalisierung, Organisation, Geschlecht. Zur Reproduktion und Veränderung von Geschlechterverhältnissen in Prozessen sozialen Wandels“* konstatiert Angelika Wetterer³¹ (2007: 192)

„eine relative Persistenz der Geschlechtersegregation in ihrer horizontalen und [...] in ihrer vertikalen Dimension [...], von der nur wenige Berufsfelder ausgenommen sind. Insbesondere die Führungspositionen sind den Frauen kaum zugänglicher geworden [...]“.

Die Geschichte der Professionen in den verschiedenen Ländern (hier vornehmlich USA, Europa) weist gewisse Variationen auf (s. Salvage 2002, Miege 2003, Evetts 2009). Helga Krüger (2003: 126) zeigt diese Unterschiede am Begriff ‚Beruf‘ auf. Die Bedeutung dieses Begriffs wird mit dem englischen Begriff ‚occupation‘³² nicht wiedergegeben. Er bezieht sich im Deutschen sowohl auf Fachberufe als auch auf Professionen. Er stammt aus der deutschen Facharbeitertradition. Die Unterschiede verweisen auf ‚spezifische sozialstrukturelle Besonderheiten‘ des Verhältnisses/Nichtverhältnisses von Bildungsabschluss und Arbeitsmarkt. Sie hebt hervor, dass Deutschland einen ganz anderen Weg der Entsprechung von Bildung (hier: Qualifikation) und Arbeitsmarktplatzierung genommen hat als bspw. die USA. Ungeachtet dessen werden in den zahlreich vorliegenden Arbeiten zum Thema ‚Professionen‘ bzw. ‚Professionalisierung‘ je nach theoretischer Ausrichtung unterschiedliche Schwerpunkte gewählt. Einige dieser Arbeiten geben Auskunft zum ‚Stand der Professionalisierung der Pflege‘³³. In allen Arbeiten wird unterstellt, dass die Mitglieder der verschiedenen Professionen über ‚Expertenwissen‘ verfügen. Dieses versetzt sie in die Lage, bestimmte *Funktionen* und *Dienstleistungen* in der Gesellschaft auszuüben. Als ein hervorstechendes Merkmal von Professionen gilt ein wie auch immer geartetes ‚*Wissenssystem*‘ bzw. ein ‚*body of knowledge*‘³⁴. Im Weiteren soll dieses Wissenssystem betrachtet werden.

4.2.1 WISSEN UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH

Bei den Angehörigen einer Profession wird unterstellt, dass sie sich im Laufe eines mehrjährigen Studiums spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten angeeignet haben, die sie in ihrer Praxis fallweise bzw. fallbezogen anwenden. Professionen beziehen abstraktes Wissen auf konkrete Fälle (Abbott 1988: 7f). Damit wird explizit der Handlungszusammenhang professioneller Arbeit betont. Professionen behaupten ihr spezifisches Wissen gegenüber anderen Berufen und Professionen durch den Einsatz bestimmter Strategien. Eine wichtige Strategie ist auf die Kontrolle ihres jeweiligen Wissens sowie der daraus abgeleiteten Fähigkeiten und Fertigkeiten gerichtet. Ab-

³¹ Innerhalb der untersuchten Professionen – Polizei, Psychologie, Familienrecht, Wissenschaft, Medizin etc. kommt nicht das Ehe-, sondern das Zunftparadigma zum Tragen. Die Wirkung von Geschlecht ist damit noch einmal anders als in der Pflege.

³² Anthony (2006: 65) definiert in Anlehnung an Larissey ‚occupation‘ als ‚on-the-job-training‘. Hierunter wird ein Job verstanden, der üblicherweise weder ein spezialisiertes Wissen, noch ein Regelwerk bestehend aus Werten, Vorstellungen und ethischen Aspekten oder eine anhaltende Verpflichtung beinhaltet.

³³ Beispiele für die Bundesrepublik z.B. Pinding/Münstermann/Kirchlechner 1975, Hampel 1983, Haug 1995, Weidner 1995, 1999, Piechotta 2000, Bollinger/Gerlach/Pfadenhauer 2005, Cassier-Woidasky 2007, Friesacher 2008, Hülsken-Giesler 2008, Krampe 2009).

³⁴ S. Abbott 1988, Freidson 1988, 1994, 2001, Siegrist 1988, Rabe-Kleberg 1993, 1996, Hughes 1993, Oevermann 1996, 2008, Schütze 1996, 2000, Strauss 2001, Wetterer 2002, Pfadenhauer 2003, Miege/Pfadenhauer 2003, Pfadenhauer 2005, Gildemeister/Wetterer 2007.

bott unterscheidet zwei Formen der Kontrolle, die *Kontrolle von Techniken* und die *Kontrolle von abstraktem Wissen*. Die Kontrolle bezieht sich auf das abstrakte Wissenssystem, aus dem die praktischen Fähigkeiten hervorgehen. Das Adjektiv ‚abstrakt‘ verweist beim Wissenssystem auf eine Eigenschaft, die Professionen von anderen Berufsgruppen unterscheidet³⁵. Im Wettbewerb der Professionen untereinander ist das Wissenssystem einer Profession und der Grad an Abstraktion die *ultimate Währung*. Wie abstrakt das Wissen für das Überleben sein muss, ist relativ und hängt von den jeweiligen historischen und sozialen Umständen ab, unter denen es mit anderen Wissenssystemen konkurriert. Auch wenn das von einer Profession erzeugte Wissenssystem mittels wissenschaftlicher Verfahren hergestellt worden ist, wird es nicht schon ‚per se‘ anerkannt, noch garantiert es das Überleben einer Profession. In Bezug auf die amerikanische Pflege behauptet Freidson (2001: 90), dass die Pflege, obwohl es ihr inzwischen gelungen ist, einige Aspekte einer Profession für sich zu behaupten, noch keine hinreichende kognitive Autorität herstellen konnte, um die Arbeitsteilung innerhalb derer sich ihr Zuständigkeitsbereich befindet, oder den öffentlichen Diskurs über die eigene Arbeit zu dominieren. Freidsons Beobachtung wird inzwischen durch diverse Forschungsergebnisse belegt³⁶. Ungeachtet dessen muss sich das Wissenssystem innerhalb der Professionen einerseits und innerhalb der Gesellschaft andererseits bewähren, die der Nutznießer der auf diesem Wissen basierenden Dienstleistungen ist. Das Bewährungsfeld ist die Praxis. Für die Pflege stellt sich die Frage, ob das in der Pflege generierte Wissen wie Pflgetheorien oder Forschungsergebnisse von der Gesellschaft anerkannt wird, ob es seitens der Professionsangehörigen wahrgenommen und angenommen wird, was davon konkret in der Praxis aufgegriffen wird³⁷, ob und wie die berufliche Pflege die Bewährungsprobe im Berufsalltag besteht und durch welche organisatorischen Maßnahmen der Wissenstransfer gefördert bzw. erschwert wird. Eine andere Frage ist, inwieweit das Wissenssystem als ‚Machtressource‘ (als ermächtigende Ressource) in betrieblichen und überbetrieblichen Aushandlungsprozessen geltend gemacht werden kann³⁸.

Hier kommt das zwischen einer Profession und ihrer Arbeit bestehende Bindeglied zum Tragen, welches Abbott (1988: 20) als *Zuständigkeitsbereich*³⁹ bzw. ‚jurisdiction‘ bezeichnet. Meleis (2007: 462ff) spricht in ihrer Diskussion der Pflege als einer Disziplin vom Wissensbereich bzw. von der Wissensdomäne der Pflege (domain of nursing knowledge). Die verschiedenen Professionen reklamieren ihren Zuständigkeitsbereich für die von ihnen zum Wohl der Gesellschaft erbrachten Dienste bzw. Dienstleistungen als Recht. Die Zuständigkeit wird aus der Fähigkeit abgeleitet, abstraktes Wissen auf bestimmte Probleme (bei Mensch und Natur) anzuwenden (s. Rabekleberg 1993: 97, 1996: 290, Abbott 1988: 35). Für welchen Problembereich behauptet die berufliche/professionelle Pflege zuständig zu sein? Die Klärung dieser Frage ist angesichts des stetigen Wandels, dem Professionen unterliegen⁴⁰, von hoher Relevanz. In den verschiedenen pflgetheoretischen Ansätzen ist u.a. der Versuch unternommen worden, hierauf eine Antwort zu geben. Ungeachtet dessen, ob diese zufriedenstellend ist, treten bei diesen Entwicklungen, in welchen jeweils der Zuständigkeitsbereich einer Profession zur Disposition steht, die Zuständigkeitsbereiche der anderen Professionen auf den Plan⁴¹. Die interprofessionellen Bezie-

³⁵ Abbott (1988: 9) verweist darauf, dass andere Eigenschaften, die Professionen zugerechnet werden, wie z.B. der Erwerb von Lizenzen bzw. Berechtigungen oder eines ethischen Kodexes nicht auf Professionen beschränkt sind.

³⁶ So u.a. auch in dem Buch von Suzanne Gordon/ Berenice Buresh (2000/2003) *From Silence to Voice*.

³⁷ Wie die Vermittlung, die Akzeptanz und nicht zuletzt die Nutzung pflgetheoretischer Ansätze in der pflegerischen Praxis zeigt, handelt es sich hierbei um eine höchst umstrittene Frage (s. Algate/Newton/Higgins 2001, Fawcett 2006, Birk 2007, Chinn 2007, Risjord 2010).

³⁸ Heidenreich (o.J. S. 7) spricht von Unbestimmtheitszonen (Kompetenz, professionelle Identität, Reputation, Recht, Arbeitsplätze), die Berufsgruppen kontrollieren. Er hebt insbesondere vier Ressourcen zur Stabilisierung der kognitiven und sozialen Basis sowie zur Sicherung der öffentlichen und staatlichen Anerkennung hervor: Bildungspatente, Professionelle Identität (Berufsverbände, Entwicklung professioneller Selbstkontrollen, eigenständige wissenschaftliche Ausbildungsgänge, die Entwicklung einer eigenen Sprache und eines professionellen Habitus), öffentliches Image und rechtliche Privilegierungen.

³⁹ Ich spreche mit Blick auf die Organisation der Arbeit vom Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich.

⁴⁰ Professionen können sich verändern, mit einer anderen Profession verschmelzen, innerhalb einer Profession kann es zur Ausbildung neuer Professionen und damit zur Abspaltung kommen und schließlich können Professionen auch sterben.

⁴¹ Siehe zu den Entwicklungen in der Medizin und Pflege grundsätzlich die Arbeiten von Strauss und MitarbeiterInnen (1985) sowie Strauss (1993), weiter die Arbeiten von Joell Howell (1996) für die Medizin, Margarete Sandelowski für die

hungen, die formalen wie informellen, sind ein nicht zu unterschätzender Dreh- und Angelpunkt bei der Verteidigung des Zuständigkeitsbereichs, da sich die Grenzen zwischen den Berufen wie auch die Arbeitsinhalte verschieben können⁴². Allerdings sind die Ausgangspunkte der verschiedenen Berufe höchst unterschiedlich⁴³. An dieser Stelle kommen das zwischen Pflege und Medizin bestehende Arbeitsarrangement und die damit verbundene Berufskonstruktion einschließlich der Kopplung der Pflege an die Krankheit zum Tragen. Jene werden von diesen Entwicklungen nachhaltig berührt. Ebenso können sich die Beziehungen zwischen den Berufen und die Konfliktlinien verschieben. Die Konfliktfelder der verschiedenen Berufe untereinander betreffen in erster Linie die Arbeit, d.h. den Arbeitsgegenstand und -inhalt, die Gestaltung und damit die Kontrolle der Arbeit sowie die Differenzierung innerhalb von Typen der Arbeit und deren Wertschätzung. Die gesamte Organisation der Arbeit steht zur Disposition, da diese ebenfalls einem kontinuierlichen Wandel unterliegt (s. hierzu auch Hughes 1993, Strauss/Bucher 1966/2001, Strauss 2001). Mit Blick auf die Arbeit einer Profession, die empirisch eine breite Vielfalt von Aufgaben aufweisen kann, sprechen Strauss/Bucher (1966/2001: 20ff) von ‚beweglichen Segmenten‘ oder anders formuliert von Segmenten als Ausdruck sozialer Bewegungen innerhalb einer Profession. Was die einzelnen Segmente als den Kern ihres professionellen Handelns bzw. ihrer Arbeit ansehen, kann beachtlich variieren, ebenso das, was als die spezifischen Methodologien und Technologien der Arbeit angesehen oder das, was als Beziehung zum Arbeitsgegenstand begriffen wird.

Der Zuständigkeitsbereich und die Beziehungen zwischen den Professionen können, müssen aber nicht, staatlicherseits reguliert sein. Auch hier kann es zu Veränderungen kommen, die den einzelnen Professionen Anpas-

Pflege (2000), und Carolyn Wiener (2000) mit Blick auf die Organisation Krankenhaus. Fitzpatrick (1977: 826ff) beschreibt die Anfänge einer *erweiterten Pflegerolle*, die sich im Kontext des Mülleimer-Fahrstuhlphänomens abspielen und zu einer Zeit erfolgen, wo es aufgrund des technologischen Fortschritt zu einer Ausdifferenzierung ärztlicher Fachgebiete (Spezialisierung) kommt. Fairman/Lynaugh (1998) gehen diesen Entwicklungen im Bereich der Intensivmedizin und –pflege nach. Sie zeigen auf, wie die Entwicklungen in der Medizin zur Übernahme von immer mehr ‚ehemals‘ ärztlichen Aufgaben geführt haben. Der ‚arztabhängige‘ Bereich wurde immer weiter ausgedehnt (s. Fahrstuhltheorie). Eine ähnliche Ausdehnung des arztabhängigen Bereichs ist seit der Entstehung der ‚nurse practitioners‘, und ‚clinical specialist‘ in den 1960er und 1970er Jahren zu beobachten. Zeitgleich entsteht innerhalb der Medizin die Figur des Physician Assistant. (s. Fairman/Lynaugh 1998, Weiland 2008, Fairman 2008, Hobbs 2009). Keeling (2006) hebt hervor, dass in den 1960er/1970er Jahren Begriffe wie *expanded role* (angereicherte) und *extended role* (ausgedehnte) benutzt wurden. Der Begriff ‚advanced practice‘, der seit den 1980er mehr und mehr verwendet wird, verweist auf die akademische Ausbildung und bezieht die Pflege mit ein. Seit der Institutionalisierung der Ausbildung von CNS, NPs und APNs auf der Masterebene zeichnet sich diese trotz gegenteiliger Behauptungen durch ihre starke Medizinerorientierung aus. Auch die Praxis ist mehr am medizinischen Modell orientiert. Diese Entwicklung wird durchaus kritisch betrachtet. Nach Burman et al. (2009) ist es mit der angestrebten Anhebung der Qualifizierung auf der Promotionsebene mehr als überfällig, dass diese neu und entlang des vorhandenen Wissens in der Pflege ausgerichtet wird. Dies ist wichtig, um über das Konzept des ‚physician extenders‘ hinauszugelangen und um den ‚added value‘ für die Gesellschaft aufzeigen zu können. Die skizzierte Entwicklung zeichnet sich weltweit mit der vom ICN geförderten Idee der ‚advanced nursing practice‘ ab (s. Schober/Affara 2008). Eine ähnliche Entwicklung ist – trotz gegenteiliger Beteuerungen – auch in Großbritannien zu beobachten (s. Allen 2004, 2007, Hughes 2002, Salvage 2002) Jane Salvage (2002: 6ff) hebt hervor, dass ein bis heute hervorstechendes Merkmal, das den Prozess der Professionalisierung der Pflege begleitet hat, in der Annahme besteht, dass Pflegekräfte das tun, was ihnen Ärzte sagen und dass ihre Praxis aus all dem besteht, was die Medizin der Pflege erlaubt, selber ignoriert oder mit Gleichgültigkeit bzw. Missachtung begegnet. Salvage betont, dass Aufgaben professionalisiert worden sind, die ärztlicherseits an die Pflege abgegeben worden sind und wo die Pflege zur Kompensation des Ärztemangels und reduzierter ärztlicher Arbeitszeit aufgrund der EU Arbeitszeitvorgaben hergehalten hat. In diversen Feldern haben sich – beginnend mit der Nurse Practitioner Bewegung in den USA in den 1960er Jahren – im Bereich der Versorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen u.a.m. Pflegearbeitsfelder herausgebildet, Arbeitsfelder, die wenig attraktiv für Ärzte waren und sind. Dieses Muster hat sich offenbar seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts bis heute in Großbritannien wiederholt.

⁴² Im Gutachten des SVR von 2007 (Pkt. 2.6: 78ff) wird die, in der FN 43 skizzierte Entwicklung rezipiert. Die gegenwärtige Diskussion in Deutschland über eine Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen ist ein weiteres Beispiel (s. Jacobs 2007, Stemmer et al. 2008). Auch hier geht es um eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten, die nicht zu den ärztlichen Kernaufgaben (ein sehr dehnbarer Begriff MMK) gehören. Weiter wird zwischen einer Neuzuteilung von Einzeltätigkeiten und einer Übertragung von Aufgaben bzw. Aufgabenkomplexen differenziert (Stemmer/Böhme 2008: 200). Diese Diskussion berührt das doppelte Mandat der Pflege, ohne darauf und auf die damit zusammenhängende vergeschlechtlichte Berufsschneidung kritisch einzugehen bzw. den Versuch zu unternehmen, Ansätze aufzuzeigen, wie diese überwunden werden kann. Ein vergleichbares doppeltes Mandat gibt es in männlich konnotierten Berufen nicht.

⁴³ Das Arbeitsarrangement zwischen Hebammen und Ärzten oder Physiotherapeuten und Ärzten ist wie in der Pflege geschlechtskonnotiert. Im Gegensatz zur Pflege basiert es aber auf einem auch rechtlich eindeutigen Muster der Arbeitsteilung. Diese Situation ist, wie schon Freidson (1986: 165) feststellt, höchst komplex. Denn auch hier lassen sich im Überlappungsbereich Probleme feststellen, wie das Beispiel ‚Mutterschafts-Richtlinien‘ zeigt (s. Gutachten des SVR 2007: 62).

sungsleistungen abverlangen und zu einem Neuarrangement der interprofessionellen Beziehungen führen. Damit ist das Binnenverhältnis der verschiedenen Berufe zueinander angesprochen, wie im Fall der Pflege das Verhältnis zwischen Pflege und Medizin oder das Verhältnis zwischen Pflege, Medizin und den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Zum anderen wird das zwischen den Professionen und dem Staat bestehende Verhältnis thematisiert. Was die gesetzliche Regelung des Zuständigkeitsbereichs der Pflege betrifft, werden in den verschiedenen Ländern höchst unterschiedliche Arrangements angetroffen. Der Zuständigkeitsbereich ist in der Regel in den Berufsgesetzen geregelt. Erste vage Hinweise hierzu liefern das Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 1985⁴⁴ und die entsprechende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Hier findet sich implizit ein *dreiteiliger Zuständigkeitsbereich* bestehend aus einem *eigenständigen*, einem *arztabhängigen* und einem *interdisziplinären Bereich* (s. Mischo-Kelling 2007a: 37f). Das novellierte Gesetz vom 16. Juli 2003 nebst KrPflAPrV vom 10.11.2003 ist gegenüber dem zuerst genannten präziser⁴⁵. In § 3, Absatz 1 wird als Ausbildungsziel die Erlangung von fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen erwähnt, die den/die Gesundheits- und KrankenpflegerIn zur verantwortlichen *Mitwirkung* insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten befähigen sollen. Was Pflege ist, erschließt sich eher indirekt in den zwei nachfolgenden Sätzen. Im ersten Satz wird das Handlungsfeld der Pflege mit Blick auf die physische und psychische Gesundheit der zu pflegenden Menschen mit präventiven, rehabilitativen und palliativen Maßnahmen in Verbindung gebracht. Im zweiten Satz wird die berufliche Pflege auf unterschiedliche Pflege- und Lebenssituationen bezogen und mit Erwartungen verbunden, wonach die Pflege die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen berücksichtigen soll (s. Dielmann 2004: 29). Auch wenn in Absatz 2, Pkt. 1a bis d die Aufgaben bestimmt werden, die eigenverantwortlich von der/dem Gesundheits- und KrankenpflegerIn wahrzunehmen sind, bleibt schwammig, was der **Zuständigkeitsbereich der Pflege im Kern** ist. Deutlich ist jedoch die **Kopplung der Pflege an Krankheit**. Ein klareres Bild vom Zuständigkeitsbereich liefert die allgemeine Definition der professionellen Pflege, wie sie die American Nurses Association (ANA) erstmals in ihrem Positionspapier dem ‚Social Policy Statement‘⁴⁶ von 1980 abgesteckt und in ihrem Statement von 2003 erneuert hat. Hiernach beinhaltet die professionelle Pflege:

„den Schutz, die Förderung und die Optimierung von Gesundheit und Fähigkeiten, die Prävention von Krankheit und Verletzungen, die Linderung von Leid durch die Diagnose und Behandlung menschlicher Verhaltensweisen sowie das Eintreten (Anwaltschaft) für die Pflege von Einzelnen, Familien, Gemeinden und der Bevölkerung.“ (ANA 2003: 6)

An diese Definition wird im 2010 veröffentlichten Statement weiter festgehalten (ANA 2010: 10). In diese Richtung weist ebenfalls das Positionspapier des International Council of Nursing (ICN 2004) in Bezug auf den ‚Scope of practice‘ der Pflege. Hiernach ist die Pflege

“[...] responsible for articulating and disseminating clear definitions of the roles nurses engage in, and the profession’s scope of practice. [...]”

The scope of practice is not limited to specific tasks, functions or responsibilities but includes direct care giving and evaluation of its impact, advocating for patients and for health, supervising and delegating to others, leading, managing, teaching, undertaking research and developing health policy for health care systems. Furthermore, as the scope of practice is dynamic and responsive to health needs, development of knowledge, and technological advances, periodic review is required to ensure that it continues to be consistent with current health needs and supports improved health outcomes” (www.icn.ch).

⁴⁴ Die beschriebenen Probleme bezogen auf die Durchsetzung /Profilierung eines eigenständigen Bereichs der Pflege werden in den einzelnen Ländern nach dem Zweiten Weltkrieg virulent sowie praxisrelevant (s. für die USA Jarrin 2010) und in Deutschland zeitversetzt ab den 1970er Jahren mit dem Beginn der Diskussion über die Novellierung des Krankenpflegegesetzes und mit dem Inkrafttreten des KrPflG von 1985. Sie stehen im Zusammenhang mit der Entwicklung eines ‚pflegespezifischen Wissenssystems‘.

⁴⁵ Inzwischen haben einige Bundesländer so genannte Berufsordnungen erlassen, deren Grundlage das o.g. KrPflG und offenbar die Rahmen-Berufsordnung des DPR vom 04.01.2004 ist. Hierzu gehören bspw. das Saarland (28. Nov. 2007), Hamburg (29.09.2009) und Bremen (01.03.2011). Hier wird u.a. betont, dass Pflegefachkräfte Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung und interdisziplinär eigenverantwortlich wahrnehmen. Die Übernahme von Aufgaben im mitwirkenden Bereich wird an eine ausreichende Qualifikation gebunden.

⁴⁶ Dieses Statement hat in der amerikanischen Pflege viel Aufregung erzeugt. Wie die Arbeit von Hobbs (2009) zeigt, kann an diesem Beispiel der innerprofessionelle Kampf um die Auslegung des Zuständigkeitsbereichs anschaulich nachvollzogen werden.

Der ICN unterstreicht in seiner Definition von Pflege die *autonome* und *gemeinschaftliche Versorgung* von gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen, von Familien, Gruppen oder Kommunen in allen Situationen. Es geht u.a. um Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheit und um die Pflege kranker, behinderter und sterbender Menschen^{47, 48}. In der aktualisierten ANA Definition von 2003 und 2010 spiegeln sich die in der Pflegephilosophie und -wissenschaft für die Pflegepraxis als wesentlich erachteten Merkmale⁴⁹ wider, wie

- die Bereitstellung/Vorhaltung einer fürsorglichen Beziehung, die Gesundheit und Heilung ermöglicht
- die Beachtung der gesamten Spannbreite menschlicher Erfahrungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit innerhalb der physischen und sozialen Umwelt/Umgebung
- die Integration von objektiven Daten und Wissen, welches über das Verständnis der subjektiven Erfahrungen eines Patienten oder einer Gruppe von Menschen erlangt wird (Integration von Daten der Einschätzung mit dem Wissen, das aus einem Verständnis/einer Würdigung (appreciation) des Patienten oder einer Gruppe gewonnen wird, ANA 2010: 9)
- die Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in Prozessen der Diagnose (Diagnostik) und Behandlung mittels des Urteilsvermögens und kritischen Denkens
- die Weiterentwicklung des professionellen Pflegewissens durch wissenschaftliche Untersuchungen
- die Einflussnahme auf die Sozial- und Öffentlichkeitspolitik, um soziale Gerechtigkeit zu fördern (ANA 2003: 5)
- die Sicherstellung einer sicheren, qualitativen und evidenz-basierten Praxis (ANA 2010: 9).

Weiter wird die Wissensbasis umrissen, die sich aus der Pflegewissenschaft, der Philosophie und Ethik sowie aus anderen für die Pflege relevanten Wissenschaften ableitet. Um die Wissensbasis zu erweitern, erzeugt die Pflege Theorien und wendet diese ebenso wie empirische Erkenntnisse an, die für das pflegerische Handeln relevant sind und die mit den Wertvorstellungen der Pflege in Bezug auf Gesundheit und Krankheit in Einklang stehen. Während die für die Pflege relevanten Phänomene in der ersten Fassung des Policy Statements in Form von Einschränkungen, Beeinträchtigungen etc. beschrieben worden sind, werden in den letzten drei Fassungen (Social Policy Statement der ANA 1995: 8, 2003: 7, 2010: 13f) Beispiele für menschliche Verhaltensweisen über die Lebensspanne in Bezug auf gesundheitliche Zustände ohne positive oder negative Bewertung aufgeführt. Sie fassen sich mit

- der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden (ANA, 2010: 13)
- der Förderung von Sicherheit und Qualität der Pflege/Versorgung (ANA 2010: 13)
- Pflege/Versorgung und mit Selbstpflegeprozessen *und der Koordination der Pflege/Versorgung*
- physiologischen und pathophysiologischen Prozessen - wie z.B. Ruhe, Schlafen, Atmung, Kreislauf, Reproduktion, Ernährung, Ausscheidung, Sexualität und Kommunikation (dieser Punkt wird 2003 umformuliert, es geht jetzt um *Adaptation an physiologische und pathophysiologische Prozesse*)
- physischem, emotionalem und geistigem Wohlbefinden, Unbehagen und Schmerz
- Gefühlen in Bezug auf Erfahrungen in Zusammenhang mit Geburt, Gesundheit, Krankheit und Tod

⁴⁷ Inzwischen hat der ICN ein so genanntes ‚pflegerisches Modellgesetz‘ (model nursing act) von Maggy Wallace (2007) erarbeiten lassen. Wallace empfiehlt u.a., dass in dem Pflegegesetz die Rolle der Pflege, die Reichweite der Pflegepraxis und die Beziehungen zwischen Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen, insbesondere zu ÄrztInnen **klar gestellt werden** sollten.

⁴⁸ Die gesetzliche Regelung der Pflegepraxis scheint auf internationaler Ebene auf ähnliche Probleme zu stoßen. Diese hängen mit der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, voran mit der Medizin, zusammen (s. für Kanada Phillipchuk 2006, s. Weiland 2008, Salhani/ Coulter 2009, Peate (2006) gibt einen Überblick über die Situation in Großbritannien).

⁴⁹ Die einzelnen Fassungen des Social Policy Statements reflektieren die in der Zwischenzeit erfolgten Entwicklungen. So wurde auch die seit den 90er Jahren einsetzende wissenschaftliche Begründung der Pflege als einer ‚Caring‘-Wissenschaft berücksichtigt. Offen ist, inwieweit bei dieser Begründung das ‚subordinate-superdominate‘ Muster der Professionskonstruktion, das sich auch auf der Ebene des Wissens (Produktion, Vermittlung, Nutzung) und der Wertschätzung von bestimmten Wissensformen und –arten niederschlägt, kritisch reflektiert wird. Im Statement von 1980 finden sich neben der Beschreibung des Wesens und des Aufgaben- bzw. Geltungsbereichs der Pflege, in der die Grenze zwischen Pflege und Medizin als ‚fluid‘ beschrieben wird, auch Hinweise auf drei qualitativ unterschiedliche Muster von Arbeitsbeziehungen: 1. eine ‚Master-Slave-Beziehung, 2. eine entspannte Beziehung, die mit einer ‚gerüsteten Neutralität (armed neutrality)‘ verglichen werden kann und 3. eine auf Zusammenarbeit und echter Partnerschaft beruhende Arbeitsbeziehung. Diese flüssige oder auch durchlässige Grenze zur Medizin wird bei einer kollegialen, gemeinschaftlichen gemeinsamen Praxis als unproblematisch erachtet (s. ANA 2003: 32f; 42). Im revidierten Statement 2010 wird eine kollaborative Praxis unterstellt (ANA 2010: 16). Laut Forschungsberichten zur Zusammenarbeit Medizin/Pflege ist auch das dritte Muster der Arbeitsbeziehung mit Problemen behaftet (s. Kramer/Schmalenberg 2008; Schmalenberg/Kramer 2009). Auch in dieser Arbeitsbeziehung zeigt die Mülleimer-Fahrradtheorie ihre Wirkung, da sie nicht überwunden ist.

- Bedeutungen, die Gesundheit und Krankheit *und anderen Konzepten* zugeschrieben werden
- Linguistische und kulturelle Sensibilität (sensitivity) (ANA 2010: 14)
- Gesundheitsbildung (literacy) (ANA 2010: 14)
- Entscheidungsfähigkeit sowie mit der Fähigkeit, eine Wahl zu treffen
- Beziehungen, Rollenperformanz und Veränderungsprozessen innerhalb von Beziehungen
- Sozialpolitik und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit (von Einzelnen, Familien und Gemeinden, dieser Satzteil fehlt 2010)
- Gesundheitssystemen und ihren Beziehungen zu Zugang, Kosten und Qualität der Gesundheitsversorgung
- der Umwelt und der Prävention von Krankheit und Verletzungen
- wahrnehmenden Orientierungen wie z.B. dem Selbst-Image und der Kontrolle über den eigenen Körper und die Umgebung (dieser Aspekt fehlt 2003 und 2010).

Was die Wissensbasis der beruflichen Pflege in Deutschland betrifft, verweist die Ausbildungs- und Prüfungsordnung (KrPflAprV) vom 10. November 2003 wie die ANA auf pflegewissenschaftliche und pflegerelevante Erkenntnisse der Bezugswissenschaften. In der KrPflAprV finden sich Hinweise, was mit Pflege gemeint ist. Im Gegensatz zum Statement der ANA wird hier wiederholt vom Pflegehandeln gesprochen, das methodisch am Pflegeprozess orientiert sein soll, dabei situationsspezifisch, kontextgebunden und personenbezogen erfolgen und sich an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen einerseits sowie an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbedingungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien andererseits ausrichten soll (s. Dielmann 2004: 69ff).

4.2.2 AUTORITÄTS- UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH, AUTONOMIE UND KONTROLLE DER ARBEIT

Im Mittelpunkt der professionellen Arbeit stehen *menschliche Probleme unterschiedlichster Art*, die Dienstleistungen von Experten erfordern (Abbott 1988: 35). Aus der Liste der Fragestellungen der ANA geht hervor, welche Probleme bzw. Fragen die professionelle Pflege beansprucht, bearbeiten zu können. Die zu bearbeitenden Probleme können sowohl objektiver wie subjektiver Natur sein. Deren Bearbeitung ist der Pflege von der Gesellschaft implizit oder explizit übertragen worden⁵⁰. Sie zeigt, dass sich die berufliche Pflege mit einer großen Spannbreite menschlicher Verhaltensweisen auseinandersetzt. Die zu bearbeitenden Probleme einer Profession werden laut Abbott durch die von den Professionen zu leistende ‚cultural work‘ bestimmt. Mit diesem Begriff betont er die soziale Konstruktion von Problemen. Über die kulturelle Arbeit stellen Professionen ihren Zuständigkeitsbereich aktiv her, verteidigen ihn und nehmen so Einfluss auf die Wahrnehmung der von ihnen zu bearbeitenden Probleme.

Wie die objektiven Aspekte der Arbeit unterliegen auch die subjektiven und die damit verbundenen Aufgaben einem Wandel. Hierbei kommt den interprofessionellen Beziehungen eine entscheidende Bedeutung zu, da die subjektive Qualität einer Aufgabe in der gängigen Konstruktion eines Problems durch diejenige Profession entsteht, die die Zuständigkeit für die in Frage stehende Aufgabe beansprucht (Abbott 1988: 40). Sie ist im Handeln der Professionen verkörpert. Mit Blick auf die o.g. kulturelle Arbeit besteht das Handeln der Professionen aus drei zentralen Teilaspekten bzw. Handlungsweisen, die den Anspruch auf einen Zuständigkeitsbereich konstituieren. Hierbei handelt es sich um das Recht bzw. den Anspruch,

- ein Problem zu klassifizieren, d.h. eine Diagnose zu stellen
- über dieses Problem nachzudenken, es zu erklären und zu lösen, d.h. zu schlussfolgern

⁵⁰ In Deutschland ist dem Arzt vom Staat explizit das Behandlungsmonopol übertragen worden, wohingegen die Pflege keinen nur ihr übertragenen Zuständigkeitsbereich hat. Laut KrPflG von 1985 lässt sich dieser aus der Arbeit herleiten. Der Zuständigkeitsbereich ist implizit (s. z.B. Kurtenbach et al. 1987, Igl-Gutachten 1998). In seinem jüngsten Gutachten bekräftigt Igl (2008: 42f), dass lediglich die Berufsbezeichnung geschützt ist; ein Berufs- oder Tätigkeitsschutz besteht nach wie vor nicht. Einen solchen kennen nur akademische Heilberufe, und vorbehaltene Tätigkeit sind nur in geringer Zahl bei anderen Gesundheitsberufen bzw. Medizinalfachberufen gegeben. Allerdings sieht er den Aufgabenbereich der Pflege gegenüber 1985 deutlich gewandelt, eine Situation, die sich in der Rechtssprechung nur unzureichend widerspiegelt. Im erwähnten Social Policy Statement wird der Zuständigkeitsbereich der Pflege u.a. auch aus dem mit der Gesellschaft bestehenden sozialen Vertrag abgeleitet (s. ANA 2003).

- in Bezug auf das Problem zu handeln, es zu bearbeiten bzw. es einer Behandlung zu unterziehen (s. Abbott 1988: 40).

Die in Abbildung 4.6 dargestellten Handlungsweisen - Diagnose, Schlussfolgerung und Behandlung - bieten den Professionellen ein grobes Handlungsmodell.

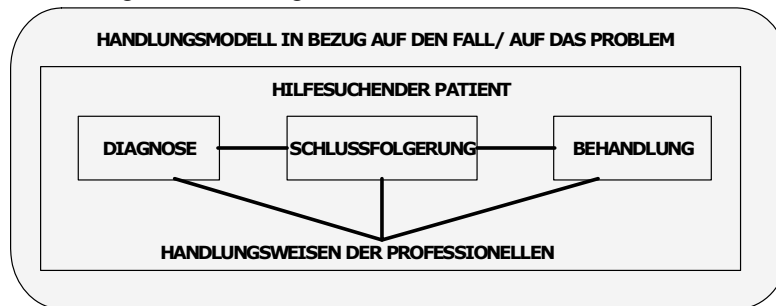


Abb. 4.6: Allgemeines professionelles Handlungsmodell

Sie verkörpern die wesentliche kulturelle Logik der professionellen Praxis, dessen inhaltlicher bzw. kognitiver Bezugsrahmen das *Wissenssystem* einer Profession ist (s. Meleis 2007: 462ff). Die kulturelle Arbeit, die sich in diesen drei Handlungsweisen ausdrückt, ist erforderlich, damit eine Profession das ihr von der Gesellschaft übertragene Mandat (Zuständigkeitsbereich) mit Leben füllen kann. So gesehen bieten die im ‚Social Policy State-ment‘ beschriebene Definition, der daraus abgeleitete Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege und die Ausführungen in der KrPflAPrV von 2003 wichtige Orientierungen. Das Wissenssystem und der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich einer Profession sind aufeinander bezogen, wobei der von den Professionen reklamierte Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich auf mehreren (Handlungs-) Ebenen, der legalen Ebene, der Ebene der Öffentlichkeit und nicht zuletzt auf der Ebene des unmittelbaren Arbeitsplatzes behauptet werden muss (Abbott 1988: 60ff). Die Rechtfertigung und Behauptung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs geschieht in der Regel in der aktiven Arbeit. Hier demonstriert die jeweilige Profession die subjektive Qualität ihrer professionellen Handlungskompetenz, da sich ihr Wissen und ihre Expertise in ihren Handlungen niederschlägt. Es geht um die Beziehung zwischen dem in der Praxis verkörperten Wissenssystem ‚knowledge in practice‘ und dem ‚abstrakten Wissenssystem‘⁵¹. Ersteres verweist auf die verschiedenen Wissensformen in der Pflege (s. Chinn/Kramer 2008, Meleis 2007). In dem dreiteiligen Handlungsmodell Abbotts (1988: 40ff) sind die Handlungsweisen Diagnose und Behandlung *vermittelnde Handlungen*, die mehr oder weniger aufeinander bezogen sind. Eine zentrale Rolle kommt der *Schlussfolgerung*, im weiteren Sinn *dem klinischen Urteilsvermögen* zu. Hierbei werden die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten bzw. Chancen abgewägt, miteinander in Beziehung gesetzt und einer Lösung zugeführt. Dies ist ein wichtiger Aspekt professioneller Autonomie. Laut Freidson (1994: 73f) erlaubt die Nutzung des professionsspezifischen Wissens es, die Kontrolle über die Inhalte der professionellen Arbeit auszuüben. Dieser Punkt wird angesichts der Wertschätzung des professionsspezifischen Wissens im Verhältnis zum Wissen anderer Disziplinen völlig unterschätzt. An dieser Stelle zeigt der zwischen dem formalen akademischen Wissen und der Anwendung des Professionswissens in der Praxis bestehende Unterschied⁵² offenbar seine Wirkung. Denn die Durchsetzung des von einer Profession behaupteten Zuständig-

⁵¹ Weidner (1995: 55) differenziert in seiner an Oevermann angelehnten Vorstellung professionellen Handelns zwischen *wissenschaftlichem Wissen*, verstanden als technisches wie als Deutungswissen, *Berufswissen* i.S. eines tradierten Erfahrungswissens, bestehend aus kognitiven und normativen Regeln der Berufsausübung, und *Alltagswissen*. Der Zusammenhang zwischen ‚knowledge in practice‘ und abstraktem Wissen spiegelt sich in den oben zitierten Vorstellungen der ANA und im novellierten KrPflG wider.

⁵² Dieses auch als ‚mismatch‘ beschriebene Phänomen ist im Bereich der beruflichen Sozialisation untersucht worden (Arbeiten, die sich mit diesem Phänomen befassen, sind etwa die von Allen 2001a; 2004, 2007, Apesoa-Varano 2007). Ulrich Oevermann (1996, 2008), dessen Arbeiten in der Pflegewissenschaft rezipiert werden (s. Weidner 1995, Remmers 2000, Hefels 2003, Cassier-Woidasky 2007, Hülsken-Giesler 2008, Friesacher 2008), bearbeitet mit seiner Strukturlogik professionellen Handelns das Spannungsverhältnis zwischen kodifiziertem Wissen und Anwendung des Wissens. Schütze (1996: 183) spricht von höhersymbolischen Sinnwelt(en), die heute in wissenschaftlich fundierten und interdisziplinär-grundlagentheoretischen Kategorien verankert sind. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf das Arbeitsbündnis zwischen Professionellen und Klienten sowie auf die Paradoxien professionellen Handelns. Oevermann wie Schütze greifen bei der Entfaltung

keitsbereichs hängt nach Abbott nicht zuletzt von der Macht und dem Prestige des akademischen Wissens ab. Hierbei geht es weniger um den praktischen Nutzen, als um den symbolischen Charakter des Wissens. Es legitimiert die Arbeit der Professionellen, indem es deren Grundlagen klärt und wichtige kulturelle Werte aufspürt (Abbott 1988: 54). Ganz allgemein dient das akademische Wissenssystem einer Profession drei Aufgaben: *der Legitimation, der Forschung und der Lehre*. Alle drei sind für die Behauptung des professionellen Zuständigkeitsbereichs gleichermaßen wichtig.

Für die Herausbildung eines professionellen Selbst und Selbstkonzepts ist somit nicht nur die Konstituierung des Wissenssystems und dessen Prestige von Bedeutung, sondern insbesondere die Durchsetzung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs am ‚Arbeitsplatz‘. Dies geschieht vermittelt der o.g. kulturellen Arbeit, die in den drei Handlungsweisen verkörpert ist. Zur Bearbeitung der in der Praxis anzutreffenden Probleme benötigt die Pflege als Profession eine gewisse Systematik, mittels derer sie Ereignisse, Verhaltensweisen, Gegenstände und Ideen betrachten kann. Diese müssen klassifiziert werden, um miteinander verglichen und aufeinander bezogen werden zu können und um ggf. Voraussagen treffen zu können. Das heißt, die Pflege muss eine technische Sprache entwickeln, damit eine Verständigung unter KollegInnen möglich ist, damit sie sprachfähig ist (s. Hughes 1993: 289). Weiter bedarf es zur Aufrechterhaltung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs einer Profession einer Balance zwischen dem in der Praxis auf einen individuellen Patienten angewandten Wissen und dem abstrakten Wissen, wie es sich etwa in Theorien oder Klassifikationssystemen niederschlägt. Diese Balance wird einmal mittels der von den Professionellen zu leistenden kulturellen Arbeit, zum anderen dadurch hergestellt, dass das abstrakte Wissen kontinuierlich erweitert wird. Letzteres unterscheidet sich von anderen Wissensformen, insofern es nach wissenschaftlichen Regeln erzeugt wird, von vorläufigem Charakter sowie abstrakt, verallgemeinerbar und somit auf unterschiedliche Situationen bzw. Probleme anwendbar ist. Das vorhandene Wissen kann aufgrund neuer Erkenntnisse ersetzt, modifiziert bzw. erweitert werden (s. MacDonald 1995). Hier kommt die Vorstellung Meads von der ‚working hypothesis‘ (s. Kap. 3.4.2) zum Tragen. Das Bewährungsfeld der wissenschaftlichen Erkenntnisse ist die Praxis. Aufgrund der Vorläufigkeit des abstrakten Wissens zeichnet sich professionelle Arbeit durch einen Grad an Unbestimmtheit aus (s. Abbott 1988, Rabe-Kleberg 1993, 1996). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass erst die autonome Kontrolle der Probleme, für die eine Profession zuständig ist, die Entwicklung einer systematisierten Wissens- und Kompetenzbasis sowie systematisierte Formen der Problembearbeitung ermöglicht (s. auch Heidenreich o.J.: 11).

Das professionsspezifische Wissenssystem einschließlich der erwähnten Wissensformen müssen die Pflegekräfte demnach in den verschiedenen Praxisfeldern der Pflege, d.h. in der konkreten Arbeit, zur Geltung bringen und gegenüber anderen Professionen behaupten. Die Verknüpfung von Theorie und Praxis zeigt sich darin, wie die Pflegekräfte ihr Wissen und die in Kap. 1 erwähnten verschiedenen Wissensformen mittels ihrer Kompetenzen⁵³ einschließlich der von ihnen eingesetzten Verfahrensweisen und Technologien in ihrer Arbeit nutzen, wenn sie auf die in den Zuständigkeitsbereich der Pflege fallenden Phänomene bei der Pflege von Patienten (inkl. ihrer Bezugspersonen) eingehen. Ihr Wissen, die daraus abgeleiteten Kompetenzen werden handlungsrelevant, wenn sie mit den Patienten die erforderliche Pflege einschätzen, planen, die hierfür angemessenen Verfahrensweisen und einzusetzenden Maßnahmen/Technologien auswählen, umsetzen und bewerten. Für Chinn/Kramer bietet die Nutzung der verschiedenen Wissensformen die Chance, die Bereiche der Wissensentwicklung und die der Anwendung, d.h. der Praxis, stärker miteinander zu verbinden. Dieses ermöglicht ein reflektiertes Handeln. Sie betonen, dass das formell artikulierte Pflegewissen einen Bezugspunkt für die professionelle wie disziplinäre Identität darstellt:

ihrer Ideen u.a. auf Erkenntnisse des amerikanischen Pragmatismus zurück. Oevermann auf Pierce und Mead, Schütze vor allem auf Strauss.

⁵³ Hierbei geht es ganz allgemein um fachlich-technische Kompetenzen, Methodenkompetenzen, inter- und intrapersonelle Kompetenzen und immer mehr auch um Führungskompetenzen.

„Professional identity that evolves from distinct disciplinary knowledge provides a basis from which nurses can create certain aspects of their practice. The knowledge that forms nursing practice provides a language for talking about this practice and for demonstrating its effectiveness. Once nursing practice is described, it is visible. [...]

On an individual level, nursing knowledge can provide self-identity and confidence as a nurse because you will have a firmer base when your ideas are questioned. [...] The study and understanding of knowledge development will provide a basis on which to take risks, act deliberately, and improve practice: (Chinn/Kramer 2004: 15f; 2008: 23).

Wird die Bedeutung, die der Sprache bei der Herausbildung des Selbst und des Selbstkonzepts zukommt (s. Kap. 3), berücksichtigt, kann auch die herausragende Rolle nachvollzogen werden, die der aktiven Nutzung des formalen Wissens, verstanden als explizites symbolisches Wissen, in der Praxis für das berufliche Selbstkonzept der Pflegekräfte zukommt.

An dieser Stelle muss der Faden zu der unter Pkt. 4.1 diskutierten ‚Arbeitsteilung‘ erneut aufgenommen werden. Die Behauptung des Zuständigkeitsbereichs auf der legalen Ebene nach Abbott (1988: 60) kann dazu führen, dass einer Profession die formale Kontrolle über die Arbeit verliehen wird. Die Behauptung des Zuständigkeitsbereichs in der Öffentlichkeit wird seitens einer Profession mit der Absicht betrieben, Druck auf die legale Ebene auszuüben. Daher ist es wichtig, dass die öffentliche Zuständigkeit das Recht auf soziale und kulturelle Autorität umfasst (Abbott 1988: 60). Hier kommt der zwischen den beiden mehr formalen Arenen (legal/öffentlich) und der mehr informellen Arbeitsplatz-Arena bestehende grundlegende Widerspruch zum Tragen. Er spiegelt sich u.a. in den Regelungen bzw. Einigungen wider, die die Professionen in ihrem Kampf um Zuständigkeit erreicht haben. Abbott beschreibt fünf mögliche Formen, wovon jede ihrerseits als ein Übergang von der einen zur anderen betrachtet werden kann. Die Forderung der vollen Zuständigkeit erfolgt zuerst in der öffentlichen Arena, danach in der legalen (s. Abbott 1988: 67). Eine eingeschränkte Zuständigkeit im Sinne einer Unterordnung stellt wie die volle Zuständigkeit eine öffentliche und legale Regelung dar (Abbott 1988: 71). Sie ist oftmals das Ergebnis eines erfolglosen Versuchs die volle Zuständigkeit aufzuteilen⁵⁴. Unterordnung ist häufig das Ergebnis einer Arbeitsteilung⁵⁵ und Ausdifferenzierung von Arbeit. Sie bringt Vorteile für die dominierende Profession mit sich. Sie erzeugt aber auch vielfältige Konflikte, teils dadurch, dass sie am Arbeitsplatz durch Assimilation unterhöhlt wird, teils dadurch, dass sie für die erfolgreiche Praxis der Übergeordneten absolut erforderlich ist. Gelegentlich führt der Kampf um Zuständigkeit in eine Sackgasse mit der Folge, dass dies zu einer Teilung der Zuständigkeit in zwei wechselseitig abhängige, aber strukturell gleiche Teile führt. Diese Regelung basiert auf Arbeitsteilung statt auf Unterordnung. Eine auf Arbeitsteilung basierende Zuständigkeit ist aber aufgrund der unklaren Grenzen schwer durchzuhalten. Zwischen Unterordnung und Teilung der Arbeit bewegt sich eine instabile, aber verbreitete Regelung, die als intellektuelle Zuständigkeit bezeichnet werden kann. Hier behält eine Profession die Kontrolle über das kognitive Wissen in einem bestimmten Bereich, wohingegen die Praxis von unterschiedlichen Mitkonkurrenten betrieben wird. Die Steigerung von der untergeordneten über die intellektuelle bis hin zur vollen Teilung der Arbeit kann durch eine noch labilere Form der Kontrolle fortgesetzt werden. Zu einer solchen Regelung kommt es häufig, um einen Disput zwischen zwei unabhängigen Professionen zu lösen, die die volle Zuständigkeit haben. Hierbei handelt es sich um die beratende Zuständigkeit. Alle Regelungen können zu formalen Regelungen werden, d.h. zu expliziten Forderungen in öffentlichen und legalen Arenen (s. Abbott 1988: 77).

⁵⁴ Abbott behauptet mit Blick auf die Pflege, dass Nightingale sich mit ihren Vorstellungen einer gleichberechtigten Profession nicht durchsetzen konnte. Es stellt sich die Frage, ob auf der Basis der historischen geschlechterdifferenzierenden Arbeitsteilung überhaupt eine volle Zuständigkeit erreicht werden kann. Er geht diesem Problem nicht nach.

⁵⁵ Allen (2001a: 28) stellt mit Blick auf die britische Pflege fest, dass der Zuständigkeitsbereich sich nicht allein aus der Arbeit und der Arbeitsteilung ergibt, sondern dass er auch über die Klientengruppen definiert werden kann (etwa nurse practitioners, die für bestimmte Patientengruppen zuständig sind).

Das Verständnis der verschiedenen Formen der Zuständigkeit ist für die Überwindung des schon mehrfach erwähnten auf der vergeschlechtlichten Arbeitsteilung basierenden subordinate-superdominate-Musters wichtig. Jene Formen müssen insbesondere auch unter diesem Aspekt betrachtet werden, da er die Möglichkeiten innerhalb des Zuständigkeitsbereichs fördert oder begrenzt. Die Autoritäts- und Zuständigkeitsbereiche von Pflege und Medizin stellen zunächst das Ergebnis einer einseitigen professionsbezogenen kontrollierten Arbeitsteilung dar, welche über die vergeschlechtlichte Arbeitsteilung legitimiert wurde. Eine professionsbezogene kontrollierte Arbeitsteilung kann laut Freidson (2001: 56) eine horizontale und eine vertikale Struktur aufweisen. Dies hängt von den spezifischen Leistungszielen der Arbeitsteilung ab, die auch die technischen oder funktionalen Grenzen festlegt. Idealerweise sollte die Autorität eines/r Berufs/Profession nicht auf dem ökonomischen oder administrativen Status basieren, sondern sich am Inhalt und Charakter der Expertise orientieren sowie an der funktionalen Beziehung, die diese zur Expertise des anderen Berufs/Profession hat⁵⁶. Nach Aussagen der ANA (2003: 8, 2010: 15f) überlappen sich die Zuständigkeitsbereiche der verschiedenen Gesundheitsberufe. Da die Zuständigkeitsbereiche zwischen den verschiedenen Professionen aufgrund von Entwicklungen Veränderungen ausgesetzt sind, sind die Grenzen flexibel. Die Zusammenarbeit erfordert, dass die Berufsgruppen die Expertise anderer Menschen innerhalb und außerhalb der eigenen Profession anerkennen. Zusammenarbeit beinhaltet ferner geteilte Funktionen (in den Schnittstellen) sowie einen gemeinsam geteilten Fokus in Bezug auf die Gesamtaufgabe. Der Zuständigkeitsbereich der Pflege in Deutschland wird in Abbildung 4.7 dargestellt.

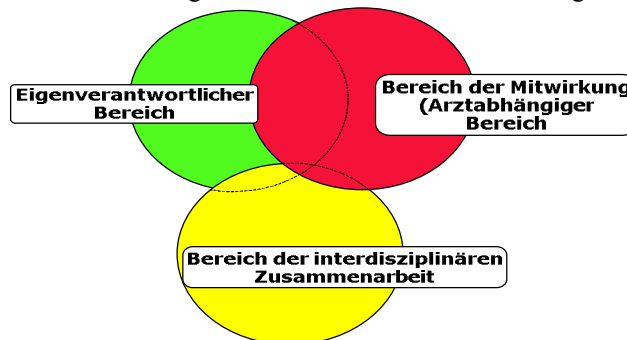


Abb. 4.7: Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege nach KrPflG 2003 + KrPflAPrV 2003

Diese Verfasstheit des Zuständigkeitsbereichs der Pflege birgt aufgrund ungleicher Machtverhältnisse zwischen Pflege und Medizin sowie aufgrund der innerhalb der Pflege, d.h. zwischen unterschiedlich qualifizierten Pflegekräften bestehenden Arbeitsteilung ein erhebliches Konfliktpotential. Im Mittelpunkt der pflegetheoretischen Ansätze steht der eigenverantwortliche Bereich. Dieser nimmt, wenn die darin artikulierten Vorstellungen in der Praxis umgesetzt werden, einen anderen Raum ein und stellt die bisher geltenden Arbeitsarrangements in Frage. Die Durchsetzungschancen eines pflegetheoretisch begründeten eigenständigen Bereichs stehen auf einem anderen Blatt⁵⁷ (s. auch Kap. 9).

Mit Blick auf ihre Praxis verfolgen Professionen grundsätzlich die volle Zuständigkeit. Diese Strategie spiegelt sich mehr oder weniger im Social Policy Statement wider. Sie wird verstärkt durch die ‚Bill of rights for the registered nurses‘. Die in letzteren formulierten sieben Prämissen empfiehlt die ANA im Zusammenhang mit dem Social Policy Statement und anderen die Pflegepraxis regulierenden Dokumenten als Instrument zur Entwicklung einer die Pflege berücksichtigenden Betriebspolitik zu nutzen⁵⁸. Im Fokus dieser Politik stehen der eigen-

⁵⁶ Wie erwähnt, wird die Zuständigkeit von Professionen, deren Arbeit wechselseitig voneinander abhängig ist, ausgehandelt. Die Aushandlungsprozesse drehen sich um einzelne Tätigkeiten und um die Festlegung, welche Prioritäten im gesamten und gemeinsamen Versorgungsprozess gesetzt werden (z.B. welchen Aufgaben wird ein hoher, welchen ein geringer Stellenwert beigemessen, welche hat zeitlichen Vorrang etc.) sowie um rechtliche Aspekte: welche Profession darf die andere anweisen und kontrollieren (Freidson 2001: 57).

⁵⁷ Norbert van Kampen (1998) hat die Implikationen pflegetheoretischer Ansätze am Beispiel der Pflegeversicherung diskutiert.

⁵⁸ Der erste und zweite Grundsatz lauten: „1. Nurses have the right to practice in a manner that fulfils their obligation to society and to those who receive nursing care. [...]. 2. Nurses have the right to practice in environments that allow them to act in accordance with professional standards and legally authorized scopes of practice. [...]“ (www.nursingworld.org).

ständige Bereich und die zwischen Medizin und Pflege bestehenden Schnittstellen bzw. der Überlappungsbereich.

Aus diesem Grund ist es wichtig, beim Kampf um Zuständigkeit neben dem doppelten Mandat, das von der historischen Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege ausging, zu berücksichtigen, dass Krankheit und Pflege seinerzeit nicht als gleichwertige Phänomene begriffen wurden. Stattdessen wurde die Pflege mit dem weiblichen Geschlecht verknüpft und erschöpfte sich darin. Jenseits der Geschlechterordnung wird die Krankheit als Ausgangspunkt zur Begründung der zwischen Medizin und Pflege bestehenden Abhängigkeit genommen, wobei die Medizin für sich das Krankheits-Monopol in Anspruch nimmt. Die historische ‚Kopplung der Pflege an Krankheit‘ einerseits und die ‚Kopplung der Pflege an das weibliche Geschlecht‘ andererseits führen auf vielen Ebenen zu einem totalen Ausblenden der (eigentlichen) Pflege als einer grundlegenden Voraussetzung von Gesundheit. Konnte dieser Sachverhalt bei akuten Erkrankungen noch verdrängt werden, ist dies angesichts der heute vorherrschenden chronischen Erkrankungen und einer damit einhergehenden temporären oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit kaum noch möglich (s. hierzu auch Behrens 2009). Indem die Pflege unkritisch als ‚natürliche, selbstverständliche und jederzeit verfügbare Ressource‘ vorausgesetzt wird, wird verkannt, dass die Fähigkeit zur Pflege eine soziale und kulturelle Errungenschaft ist. Die nach wie vor bestehende, auf dem doppelten Mandat basierende Berufs-/Professionskonstruktion deckt diesen Zusammenhang zu. Um aus diesem Teufelskreis herauszukommen, muss die Pflege sich selbstkritisch fragen, um welchen Zuständigkeitsbereich es ihr im Kern geht. Die beschriebenen Formen der Zuständigkeit lassen mehrere Möglichkeiten zu.

In den USA finden sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts erste Konturen eines Wissenssystems sowie erste Anzeichen eines Versuchs, einen eigenständigen Zuständigkeitsbereich zu etablieren (s. Kap. 1). Der Praxisbereich war hier primär das Zuhause des Patienten. Es zeichnete sich ab, dass pflegerische Phänomene und pflegerisches Handeln nicht nur im Kontext von Krankheit, sondern im Kontext von Lebensprozessen und Handlungsfähigkeit gedeutet werden müssen. Dies hatte Einfluss auf die Behauptung eines eigenen Zuständigkeitsbereichs. Der damit eingeleitete Paradigmenwandel gewinnt mit dem pflegetheoretischen Ansatz von Peplau erste Konturen (s. Teil II). Die praktischen Folgen eines durch pflegetheoretische Ansätze transformierten Wissenssystems bei der Durchsetzung des Zuständigkeitsbereichs der Pflege waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht erkennbar. Die im Professionskonzept enthaltende Idee, dass eine Profession für die Gesellschaft Dienstleistungen erbringt, wird in diesen Ansätzen aktiv aufgegriffen. Die theoretische Erkenntnis, dass die Pflege eine personenbezogene Dienstleistung ist, bildet eine Brücke zwischen altem und neuem Zustand. Eine erste radikale Wendung dieses Gedankens besteht darin, dass die Pflege ihren bisherigen Status, Dienstleistende primär für den Arzt anstelle für den Patienten zu sein, auf **konzeptioneller und praktischer Ebene** in Frage stellt. Standen bisher vor allem das Wissenssystem und der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich im Mittelpunkt, geht es im Weiteren um die nähere Bestimmung der von den Professionen zu erbringenden Dienstleistungen.

4.3 PFLEGE ALS PERSONENBEZOGENE WISSENSBASIERTE DIENSTLEISTUNG

Ein entscheidendes Merkmal der pflegerischen Arbeit besteht darin, dass sie ‚people work‘ bzw. eine personenbezogene Dienstleistung ist (s. Strauss et al. 1985, Hughes 1993). Für die inhaltliche Bestimmung der pflegerischen Arbeit und für die Bestimmung der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient ist die von Berger/Offe vorgenommene Annäherung an den Dienstleistungsbegriff aufschlussreich. Sie gehen bei ihren Überlegungen vom gesamtgesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionsprozess aus, den sie aus zwei Teilfunktionen heraus verstehen:

1. „aus der gesellschaftlichen Erfüllung der physischen Überlebensbedingungen durch entsprechende gewinnende und *herstellende* Arbeiten, und
2. aus den Tätigkeiten, die der Erhaltung bzw. den Modifikationen der Formen dienen, unter denen die erstgenannte Funktion erfüllt wird (Berger/Offe 1980:44).

Sie unterscheiden ‚herstellende‘ und ‚formbeschützende‘ Teilfunktionen. Beide Teilfunktionen stehen in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis zueinander, d.h. in einer funktionalen Reziprozität. Bei Dienstleistungen können grob ‚personen-‘ und ‚gemeinschaftsbezogene‘ Dienste (Pflege, Sozialarbeit, Polizei etc.) sowie ‚sach-‘ bzw. ‚produktionsbezogene‘ Dienstleistungsberufe unterschieden werden (s. Badura/Gross 1976: 66f). Voges (2002: 242) differenziert zwischen unterschiedlichen Dienstarten als produktionsbegleitende, rahmensetzende und konsumierbare Dienste. Nach Bauer (2001: 21f) stehen drei Aspekte im Mittelpunkt der diversen Dienstleistungsdefinitionen nach denen entweder das *Leistungsgeschehen* im Sinne der dienstleistenden Tätigkeiten (Performance) betont wird oder das *Produkt der Dienstleistung* im Sinne des Ergebnisses und der Wirkung der erbrachten Dienstleistung oder die *generelle Bereitschaft und Fähigkeit eines Anbieters* zur Erbringung von Dienstleistungen, d.h. seine *Potenzialität*. Barbara Thiessen (2004: 34) macht auf die verschiedenen, im Dienstleistungsbegriff enthaltenen Bedeutungen aufmerksam. Ihren Ausführungen zufolge stecken in dem Wort ‚Dienst‘ zwei Bedeutungen, die für die Pflege höchst folgenreich sind. Die eine weist auf eine ‚dienende Gesinnung‘. Sie ist als innere Haltung zu deuten, während die andere Bedeutung, die des ‚Knecht-Seins‘, als äußeres (Arbeits-) Verhältnis interpretierbar ist. Beide Bedeutungen werden in der sozialgeschichtlichen Entwicklung geschlechtlich aufgeladen. Der erste Aspekt wird mit dem Aufkommen der Moderne in den Bereich des Privaten verwiesen, während der zweite Aspekt zur Grundlage des nationalen Wohlfahrtsstaats wird. Die Folgen der damit verbundenen Trennung zeigen sich bei der professionellen Gestaltung von Dienstleistungen und an den vielen Widersprüchen des Tertiarisierungsprozesses. Der Teilbegriff ‚Leistung‘ beinhaltet ebenfalls mehrere etymologische Bedeutungen. Thiessen (2004: 34ff) hebt den aktiven Aspekt im Sinne ‚einer Spur nachgehen‘ hervor und zeigt die enge Beziehung des Begriffs zu etwas Sachbezogenem und Messbarem auf. Sie arbeitet sprachgeschichtlich drei Dimensionen des Dienstleistungsbegriffs heraus: die einer *Gesinnung/Haltung*, die der *Struktur einer Arbeitsbeziehung* und die im Begriff der Leistung enthaltende *Dimension der Handlungsebene*. Diese Ebene wird in der heutigen Verhandlung des Professionsbegriff unter dem Stichwort ‚performance‘ (Leistung) aufgegriffen (s. Mieg 2003).

Wird die quantitative Bedeutung personenbezogener Dienstleistungen in den Blick genommen, dann hat nach der ‚Drei-Sektoren-Theorie‘ der seit längerem zu beobachtende Strukturwandel der Erwerbsarbeit zu erheblichen Verschiebungen zwischen den drei Wirtschaftssektoren, dem primären, sekundären und tertiären Bereich geführt. Im Jahr 2006 gab es in Deutschland 43,2 Mill. Erwerbstätige, wovon 4,2 Mill. (9,8%) ohne Arbeit waren. Im tertiären Bereich⁵⁹ waren 2006 72,3% der Erwerbstätigen beschäftigt. Im Jahr 1991 waren es nur 59,5 %. Dies bedeutete einen Zuwachs von 12,8 % in einem Zeitraum von 15 Jahren (s. Datenreport 2008: 111, 115). Die personenbezogenen und konsumorientierten Dienstleistungen sind aufgrund ihres Wachstumspotenzials von besonderer Bedeutung⁶⁰. In Bezug auf die berufliche/professionelle Pflege ist hervorzuheben, dass der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft in den westlichen Industriegesellschaften unterschiedlich verlaufen ist. Die Entwicklung in Deutschland zeichnet sich gegenüber anderen Ländern (USA, Schweden) durch eine ‚traditionelle Lösung‘ aus, die sich nach Krüger (1999: 5) auf eine um die vorige Jahrhundertwende etablierte Geschlechtertradition stützt. Das kulturelle Erbe der bundesdeutschen Dienstleistungsgesellschaft ist nicht das der Berufsfachlichkeit einer Industriegesellschaft, sondern es ist Folge einer Tradition, in der die Qualitätssicherung von Dienstleistungen durch die Geschlechterfrage determiniert wurde. Dies wird durch das Beispiel der Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung anschaulich belegt. Eine gravierende Folge dieser Entwicklung besteht darin, dass das in der Berufsausbildung erworbene Qualifikationsprofil gesetzlich nicht geschützt ist. Ein anderes Problem ist, dass bei einer Geschlecht und Beruflichkeit gegeneinander ausspielenden Politik nicht Fachlichkeit, sondern ‚Verfügbarkeit‘ dominiert (Krüger 1999: 11). Die damit einhergehende Vorstellung der

⁵⁹ 2006 waren von den erwerbstätigen Personen 2,2 % gegenüber 3,9% im Jahr 1991 im primären Sektor tätig. Im sekundären Sektor arbeiteten 2006 25,5 % gegenüber 36,6 % im Jahr 1991 (s. Datenreport 2008, Kap. 5: 115).

⁶⁰ S. Mischo-Kelling 1997, , Voges 2002, Meifort 2002, Thiessen 2004, Jurczyk/Oechsle 2008.

jederzeitigen Substituierbarkeit von Personal spiegelt sich in dem Einsatz von Personen unterschiedlicher Qualifikation für die gleiche personenbezogene Dienstleistung wider.

Ungeachtet dessen ist allen personenbezogenen Dienstleistungen gemeinsam, dass sie in der Regel nur in bestimmten Situationen nachgefragt werden. Anders als bspw. die Dienstleistung eines Friseurs/einer Friseurin, die in Anspruch genommen wird, wenn die Frisur erneuert werden soll, besteht die Besonderheit der pflegerischen Dienstleistung im Krankenhaus darin, dass sie nicht als einzelne, sondern in der Regel im Zusammenhang mit medizinischen Dienstleistungen nachgefragt wird. Zu den Krankenhausleistungen zählen laut § 2 (1) der Bundespflegesatzverordnung (BpflV)

„insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung...“ (Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. April 2007 (BGBl. I S. 554))

An dieser Aussage hat sich auch durch die neue Gesetzgebung und Krankenhausfinanzierung nichts geändert. Dem Arzt kommt aufgrund der ihm zugewiesenen Monopolstellung in Fragen von Krankheit und Gesundheit bei der Gestaltung des Dienstleistungsprozesses eine zentrale Rolle zu. Dies ist der im 19. Jahrhundert ausgebildeten geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege geschuldet und der damit verbundenen Kopplung von Pflege an Krankheit. Dies erschwert nicht nur die Wahrnehmung der berufsmäßig ausgeübten Pflege als eigenständiger, notwendiger Dienstleistung, sondern auch die Analyse des Dienstleistungsgeschehens und damit die Entdeckung von Innovations- und Produktivitätspotentialen. Letztere sind in den Merkmalen personenbezogener Dienstleistungen zu suchen, deren wichtigste nachfolgend beschrieben werden.

4.3.1 DAS UNO-ACTU-PRINZIP

Die berufliche/professionelle Pflege ist wie die Medizin immer auf Personen bezogen, die diese Leistungen unmittelbar und gleichzeitig konsumieren. Das uno-actu-Prinzip ist das hervorstechendste Merkmal jeder personenbezogener Dienstleistung. Es besagt, dass die Erbringung der Dienstleistung und der Verbrauch derselben sich *orts-* und *zeitgleich* vollziehen. Eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit und weiteres Charakteristikum personenbezogener Dienstleistungen ist die Anwesenheit des Patienten, die ‚Kundenpräsenz‘ (s. Badura/Gross 1976: 67). Ohne sie würde das berufliche/professionelle Wissen nicht zur Geltung kommen bzw. könnte die Pflege das ihr von der Gesellschaft übertragene Mandat nicht erfüllen. Hieraus ergibt sich eine wechselseitige Abhängigkeit zwischen ‚Produzenten‘ und ‚Konsumenten‘ pflegerischer Dienstleistungen, aber auch eine wechselseitige Abhängigkeit der einzelnen Berufe voneinander. Alle sind aufgrund der Gleichzeitigkeit⁶¹ produktiver und konsumtiver Akte an die leibliche Gegenwart der handelnden Personen (hier: Pflegekraft-Patient, Pflegekraft-Patient-Arzt, Arzt-Patient) gebunden. Alle beziehen sich in ihrem Handeln auf **denselben Patienten**. Das in jeder personenbezogenen Dienstleistungssituation wirkende Prinzip bringt es mit sich, dass der Prozess- und Verrichtungsaspekt der Dienstleistung bis zu einem gewissen Grad in ihrer Realisierung ‚verschwindet‘. Die jeweilige Dienstleistung ist somit weder konsistent, noch beständig, noch lagerfähig, sondern flüchtig (s. z.B. Herder-Dorneich 1994: 630ff). Aus diesem Grund müssen die Berufsgruppen/Professionen bei der eigenen Arbeit neben der eigenen ‚Arbeitsperspektive‘ immer auch die der anderen mit berücksichtigen. Hierzu ist ein klares Verständnis vom eigenen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich und den zu bearbeitenden Problemen sowie ein Verständnis vom Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der anderen Professionen wichtig. Dies ist die Voraussetzung, damit der erforderliche kontinuierliche Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen/Professionen funktionieren kann. Was die Pflege im engeren Sinn betrifft, kommt dem, was in der Dienstleistungsbeziehung passiert, für die Bewertung der Dienstleistung durch den zu pflegenden Menschen eine zentrale Bedeutung zu. Er bzw. sie erfährt unmittelbar an seinem/ihrer Körper und an seiner/ihrer ganzen Person, ob

⁶¹ Das räumliche und zeitliche Zusammenfallen von Produktion und Konsum bezeichne ich als Gleichzeitigkeitsprinzip (‚uno-actu-Prinzip‘).

z.B. die Pflegekraft ihr Handeln an seinem/ihrer aktuellen Pflegebedarf ausrichtet und ob das dabei hergestellte ‚immaterielle Gut‘ - das Produkt – der Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der Kompetenz zur eigenen Pflege dient. Die Dienstleistung zeigt ihre Wirkung am und im Patienten.

4.3.2 IMMATERIALITÄT

Ein weiteres Merkmal personenbezogener Dienstleistungen besteht darin, dass das hergestellte Produkt (hier: Kompetenz zur eigenen Pflege und darüber relative ‚Autonomie‘ und ‚Gesundheit‘) immateriell ist. Auch wenn das von der Pflege hergestellte Produkt immaterieller Natur ist und damit eigentlich ‚nicht greifbar‘, darf nicht übersehen werden, dass die Pflegekraft in der Auseinandersetzung mit dem Patienten auf etwas Konkretes einwirkt, und zwar auf seinen Körper, seine Persönlichkeit und sein jeweiliges soziales Umfeld. Insofern überdauert die Wirkung ihres Tuns (und wäre es nur im Erleben des Patienten) den konkreten Akt. Ganz allgemein stiften personenbezogene Dienstleistungen einen Nutzen⁶². Für die Pflege sind die Nutzungsstiftungsarten von Maleri (1997: 87ff) interessant:

1. Nutzenvermittlung
2. Wert- und Funktionssteigerung bzw. -erhaltung
3. Vermeidung bzw. Beseitigung von Nutzenbeeinträchtigungen
4. Vermittlung, Übermittlung und Beschaffung von Information
5. Ästhetischer Genuss, Erbauung und Unterhaltung
6. Produktion immateriellen Kapitals im Sinne von immateriellem Fähigkeitskapital („Know-how und know-why“)
7. Dienstleistungen als Produktionsfaktoren.

Die von der beruflichen Pflege erbrachten Dienstleistungen lassen sich nicht nur einer, sondern mehreren Nutzungsarten zuordnen⁶³ (s. auch Kap. 9). In diesem Zusammenhang ist die von Pongratz (2004) vorgelegte, auf das Interaktionsgeschehen zielende Unterscheidung von Dienstleistungshandeln aufschlussreich. Er unterstellt, dass Dienstleistungsbeziehungen in unterschiedlichem Grade durch Machtasymmetrien zwischen Dienstleistungsnehmern und Dienstleistungsgebern geprägt sind. Erstere übertragen an letztere aufgrund der diesen zugeschriebenen Fachautorität Verfügungsrechte über die eigene Person. So darf der Friseur das Haar schneiden etc, er darf aber nicht die Kopfhaut therapieren. Diese Verfügungsrechte werden interaktiv ausgehandelt. Hierbei geht es um die Definition und Zuweisung von Grenzen und Befugnissen. Dies geschieht handlungsbegleitend durch die symbolische Inszenierung von Machtansprüchen und Machtzugeständnissen. Weiter können nach Pongratz (2004: 61) in sozialen Beziehungen charakteristische Inszenierungsmuster unterstellt werden. Einem Dominanz- und Fügsamkeitsgebaren folge ein spezifisches Alternationsschema, das in Anlehnung an Goffman eine ritualisierte Achtungsstruktur repräsentiert. Für personenbezogene Dienstleistungen arbeitet Pongratz (2005: 64) entsprechend des Leistungsbedarfs und der dadurch bedingten Kooperations- und Machtstrukturen sieben Interaktionsformen heraus. Diese ordnet er drei Strukturmustern zu: stellvertretendem, anregendem und befähigendem Handeln (s. Tabelle 4.1, s. S. 180).

Vor dem Hintergrund der Nutzungsstiftungsarten, der aufgeführten Interaktionsformen, des damit in Beziehung gesetzten Leistungsbedarfs, des Dienstleistungshandelns und des Alternationsschemas verkörpert sich die pflegerische Dienstleistung in Anlehnung an Berekoven (1974: 23) im:

- * Nutzbarmachen von Existierendem, z.B. der Kompetenz zur eigenen Pflege
- * Schaffen von wesenhaft Neuem, z.B. der Erwerb neuer Kompetenzen und Fertigkeiten wie etwa die Selbstinjektion
- * Verändern von Bestehendem, d.h. der vorhandenen Kompetenz zur eigenen Pflege

⁶² Nach Maleri (1997: 84) sind die Bedürfnisse des Menschen, d.h. ein Mangelempfinden in seinem Bewusstsein, die Voraussetzung dafür, dass Nutzen entstehen kann. Daher ist jedes Objekt menschlichen Begehrens in der Lage, Nutzen zu stiften.

⁶³ In eine ähnliche Richtung argumentiert Helga Krüger (1999: 4). Sie hebt hervor, dass Dienstleistungen nicht nur in die Produktion, sondern auch in die Kreativität und Ökonomie des Lebens eingreifen. Sie fordert insgesamt eine Neubewertung personenbezogener Dienstleistungen.

- * in der Erhaltung von Bestehendem
- * in der Vernichtung von Bestehendem (s. auch Maleri 1997: 146).

Tab. 4.1: Interaktionsformen nach Pongratz (2005: 66)

	Interaktionsform	Leistungsbedarf		Alternationsschema
1	Helfen	Bedürftigkeit	Stellvertretendes Handeln	Angebot – Hinnahme
2	Bedienen	Annehmlichkeit		↓
3	Unterhalten	Vergnügen		Zunehmende Eigenaktivität der Leistungsnehmer
4	Führen	Anleitung	Anregendes Handeln	↓
5	Informieren	Orientierung		Abnehmende Machtdifferenz
6	Beraten	Problemlösung	Befähigendes Handeln	
7	Lehren	Problemlösungsfähigkeit		

Es liegt auf der Hand, dass der immaterielle Charakter personenbezogener Dienstleistungen an sich schon erhöhte Anforderungen an die Dienstleistenden stellt. Diese steigern sich darüber hinaus, wenn verschiedene Berufsgruppen an der gleichen Person nebeneinander oder zeitversetzt tätig sind.

4.3.3 ARBEITSTEILUNG IM RAHMEN DES DIENSTLEISTUNGSPROZESSES

Nach Freidson (1994: 59) bestimmt die Entscheidung, welche Arbeitsteilung für ein bestimmtes produktives Ergebnis ‚objektiv gesehen geboten ist‘, die Organisation von Arbeit. Wie die Ausführungen hierzu unter 4.1 und 4.2.2 gezeigt haben, ist dies ein zentrales soziales Problem. Über die von den Berufen/Professionen zu leistende ‚kulturelle Arbeit‘ wird die von Seiten der Gesellschaft getroffene Entscheidung bzgl. des zu erreichenden Ergebnisses erkennbar. Die zwischen den und innerhalb der Professionen bestehende Arbeitsteilung und die damit zusammenhängende Zuweisung von Aufgaben sowie das Zusammenspiel von Professionellen und Laien verweisen auf die von der Gesellschaft gefundene Lösung. Ob die zwischen Medizin und Pflege bestehende Lösung die beste und funktional angemessen ist, ist eine zweite Frage. Für die Pflege stellt sich darüber hinaus auf der praktischen Ebene die Frage, wie z.B. die im Krankenhaus in einem arbeitsteiligen und zum Teil hoch spezialisierten Prozess erbrachten verschiedenen Dienstleistungen zusammengeführt werden. Im täglichen Handeln zeigt sich, wie die Integration der einzelnen Teilarbeiten funktioniert und welche Beziehungen zwischen den Teilen der zuvor aufgeteilten Arbeit und den mit ihnen verknüpften Funktionen bestehen. Wie unter 4.1 angedeutet, hängt die Arbeitsteilung von den handelnden Menschen ab und davon, wie diese sich selbst und ihre Arbeit sowie die Arbeit der anderen sehen und wertschätzen. Die Vorstellungen, die die Pflegekräfte von ihrem Beruf/ihrer Profession haben, aber auch die Vorstellungen der MedizinerInnen von der Pflegearbeit wirken sich auf ihre Zusammenarbeit und Kooperation aus. Ein zentrales Problem⁶⁴ ergibt sich daraus, dass jede Profession ihre eigene Arbeit ‚absolut setzt‘. Dies stellt nicht nur ein Problem für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sondern auch einen Kostenfaktor und ein nicht unerhebliches Risiko für den Patienten dar (s. auch Kohn et al. 2000).

Weiter ist wichtig, dass personenbezogene Dienstleistungen immer in einem zwischenmenschlichen Prozess erbracht werden, in dem die verschiedenen Berufsgruppen bzw. Professionen Beziehungen unterschiedlichster Art eingehen. Die professionelle Gestaltung dieses Prozesses und der adäquate Umgang der Professionellen mit der Dynamik, die diesem Prozess zugrunde liegt, ist für die Qualität der zu erbringenden Dienstleistungen von hoher Bedeutung. Auch dieser Aspekt wird nach wie vor unterschätzt (s. hierzu auch Badura 1994, Büssing/Glaser 2003). Die verschiedenen Berufsgruppen bzw. Professionen sind aufgrund des Gleichzeitigkeitsprinzips in hohem Maß auf die Kooperation untereinander angewiesen. Hierbei handelt es sich um einen nicht hintergehbaren Handlungsimperativ (s. hierzu Strauss et al. 1985, Strauss 1993). Dass es sich hier um komplexe Fragen handelt,

⁶⁴ Wie ich in meiner Arbeit in Hamburg, aber verstärkt in Bozen, wo ich für MitarbeiterInnen aus 16 Berufsprofilen zuständig war, feststellen konnte, verläuft die Arbeit der verschiedenen Berufe/Professionen eher parallel. Die einzelnen Berufe haben per se keine klare Vorstellung von der Arbeit des jeweils Anderen, noch davon, welche Auswirkungen die Arbeit der Anderen auf den Erfolg der eigenen Arbeit hat. Ein ‚Bewusstsein‘ hiervon entsteht nicht automatisch, sondern erfordert eine Auseinandersetzung mit der Arbeit der anderen. Eine solche erfolgt nicht beim gemeinsamen Essen oder Kaffeetrinken, sondern bedarf eines entsprechenden (Zeit-) Raums und gewisser Strukturen.

ergibt sich schon daraus, dass bei der Patientenversorgung die Zuständigkeitsbereiche verschiedener Berufsgruppen/Professionen aufeinander stoßen und sich teilweise sowie zeitweise überlappen. Die Qualität und die Durchsetzungskraft der ‚kulturellen Arbeit‘ der jeweiligen Berufe/Professionen zeigt sich in der Interaktion mit dem/der DienstleistungsempfängerIn. Die Qualität der verschiedenen Dienstleistungen ist aufgrund ihrer arbeitsteiligen Erbringung am Empfänger durch das Agieren der anderen im Dienstleistungsprozess tendenziell gefährdet. Weiter macht die Arbeitsteilung vor dem/der PatientIn bzw. dem/der zu Pflegenden nicht halt. Er ist als zu bearbeitender Gegenstand im Gegensatz zur Güterproduktion nicht inaktiv, sondern er reagiert - sofern er nicht bewusstlos oder zeitweise empfindungsunfähig ist - auf die ‚Bearbeitung‘ seines Körpers oder seines Zustandes im weitesten Sinn und nimmt Einfluss auf die Dienstleistungssituation. Er kann sich an der Herstellung des Produktes - z.B. der Verbesserung seines Gesundheitszustands oder seiner Fähigkeit zur eigenen Pflege -, aktiv beteiligen, indem er selbst Arbeit leistet (s. Strauss et al 1985: 9, Maleri 1997). Deren Art und Ausmaß wird durch die jeweils vorherrschende Interaktionsform bestimmt.

4.3.4 DER PATIENT ALS ARBEITSGEGENSTAND IM DIENSTLEISTUNGSPROZESS

Unabhängig vom Grad der Arbeitsteilung zwischen den und innerhalb der einzelnen Berufe ist der Patient immer Mitproduzent (s. Strauss et al. 1985), oder wie Badura (1994) es nennt, Koproduzent bzw. Kotherapeut. Die Pflegekraft ist bei der Pflege in hohem Maße auf die Kooperation des Patienten angewiesen (s. Strauss et al. 1985). Als Arbeitsgegenstand tritt er mit ihr als ganzer Mensch in eine Arbeitsbeziehung und steht als dieser im Mittelpunkt des Dienstleistungsgeschehens. Er ist kein ‚unwissendes‘ Wesen. Mit ihrem Handeln bezieht sich die Pflegekraft nicht nur auf den Körper des Patienten oder auf einzelne Teile desselben, sondern immer auf die ganze Person und somit auf seine grundsätzliche Fähigkeit für die eigene Pflege im weitesten Sinn selbst aufzukommen (s. auch Kap. 3). Hierbei hat sein gesundheitlicher Zustand Einfluss auf seine Fähigkeit oder Kompetenz zur eigenen Pflege. Die Pflegekraft bezieht sich im Dienstleistungs- oder auch Pflegeprozess mit ihrer Leistung durch den zweckgerichteten Einsatz von bestimmten Mitteln (der Berücksichtigung von Prinzipien, Anwendung von Techniken) auf einen vorgefundenen körperlichen, psychischen und geistigen Zustand sowie auf die Fähigkeiten und Kompetenzen des zu pflegenden Menschen. Um den vorgefundenen Zustand zielgerichtet in einen anderen Zustand überführen zu können, muss die Pflegekraft eine Vorstellung vom gegenwärtigen Zustand und den gegenwärtigen Fähigkeiten des Patienten haben, d.h. von seinen körperlichen Funktionen, seinen Lebensgewohnheiten, seinen Möglichkeiten/Kompetenzen und von seinen Wünschen, Erwartungen und Zielen. Die Pflegekraft muss die Lebensweise des Patienten und seine Fähigkeiten zur eigenen Pflege zum Ausgangspunkt ihres Handelns (s. Kap. 3) machen. Die Krankheit erzeugt in der Meadschen Terminologie eine problematische Situation oder Handlungssituation. Das Handeln gerät in eine Krise⁶⁵. Aus diesem Grund muss die Pflegekraft sich mit der allgemeinen häuslichen, beruflichen und privaten Situation des Patienten auseinandersetzen. Insofern ist es unerlässlich, eine Vorstellung davon zu gewinnen, wie der Patient im Alltag für sich sorgt bzw. wie er oder andere für die Pflege seines Körpers und seines Selbst aufkommen. Der Erfolg der von ihr in einem arbeitsteiligen Prozess erbrachten Dienstleistungen hängt davon ab, ob ihr pflegerisches Wissen und die Kompetenz, die sie in ihren Handlungen und Haltungen zum Ausdruck bringt, auf den Patienten handlungsorientierend wirken. Handelt es sich um Leistungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt, kann es sein, dass die Fähigkeit des Patienten zur eigenen Pflege mehr oder weniger deutlich beeinträchtigt ist oder dass sie aufgrund seines gesundheitlichen Zustands (z.B. Bewusstlosigkeit) zeitweise ganz ausfällt. Gerade in solchen Situationen ist eine Vorstellung von den Fähigkeiten des Patienten zur eigenen Pflege sowie von den Bedingungen, die diese prägen, eine zwingende Voraussetzung, um den Patienten adäquat bei den für die eigene Pflege notwendigen

⁶⁵ An dieser Stelle greift die von Oevermann (1996, 2008) vertretene Strukturlogik professionalisierten Handelns. Diese diskutiert er im Kontext von Krisen und Routinen. Eine Krise unterbricht die Routinen des Patienten/zu pflegenden Menschen. Im Mittelpunkt des professionellen Handelns steht die Bearbeitung dieser Krisen. Es ist im Moment der Bearbeitung vor allem stellvertretendes Handeln. Die Fähigkeit hierzu wird im Rahmen einer ‚Handlungs- und Kunstlehre‘ erworben und bedarf der Ausbildung eines entsprechenden Habitus. Sie stellt aber nur eine Handlungsform von Diensthandlungshandeln dar. Zu klären ist, welche Rolle den beiden anderen von Pongratz genannten Handlungsformen, dem anregenden und befähigenden Handeln in der Pflege zukommt.

Aktivitäten unterstützen oder bei Vorliegen einer teilweisen oder völligen Abhängigkeit von Dritten an dessen insoweit gegebene Fähigkeiten zur eigenen Pflege anknüpfen zu können. Um diese Fähigkeiten aufrechterhalten zu können, muss die Pflegekraft wissen, wie, wann und warum er bestimmte Dinge so und nicht anders getan hat. In der Dienstleistungs- oder pflegerischen Situation legt sie konkret Hand an und greift in die körperliche und psychische Integrität des Patienten ein. Sie fungiert als verlängerter Arm, als Hilfsmittel, als Medium und läuft zugleich Gefahr, Funktionen und Fähigkeiten des Patienten unter Umständen auch zu zerstören (s. Mischo-Kelling 1997:110). Nutzen und Schaden liegen hier ebenso wie die Gefahr des Missbrauchs nah beieinander (s. Hughes 1993: 305).

Da der gesunde Mensch normalerweise für die Pflege seines Körpers und seines Selbst aufkommt (oder von Bezugspersonen darin unterstützt wird), und weil die berufsmäßig ausgeübte Pflege immer nur temporär nachgefragt wird (s. Kap. 2), muss sich das professionelle Handeln der Pflegekräfte nicht nur an der aktuell im Krankenhaus gegebenen Situation des Patienten orientieren, sondern auch daran, was vorher war und was nachher sein wird. Die Lebenssituation und die pflegerische Handlungskompetenz des Patienten setzen die Bedingungen für die Pflege. Die Bedingungen der beruflichen/professionellen Pflege sind durch deren Organisation sowie durch die zur Verfügung stehenden Ressourcen (räumlich, materiell, personell, zeitlich, finanziell) gesetzt. Bei der Erbringung der Dienstleistung⁶⁶, der Gestaltung der Arbeitsbeziehung zum Patienten/Mitproduzenten und der auszuhandelnden Arbeit zwischen Produzent und Konsument sowie zwischen den einzelnen Professionen bzw. Berufsgruppen kommt den von Abbott beschriebenen zentralen Handlungsweisen ‚Diagnose, Schlussfolgerung und Behandlung‘ eine wichtige Rolle zu. Diese beruhen auf dem Wissen der jeweiligen Profession, welches wiederum Hinweise auf die beruflichen Selbstkonzeptionen gibt. Mittels dieser Handlungsweisen können die Ungewissheiten personenbezogener Dienstleistungen unter Kenntnis der spezifischen Fallsituation und der Konfrontation der gewonnenen Daten mit dem Professionswissen laut Rabe-Kleberg (1996) überwunden, aber nicht aufgelöst werden. Die Ungewissheiten resultieren aus dem Prozesscharakter der Arbeit und aus dem Arbeitsprodukt. Beides fällt aufgrund des Uno-actu Prinzips oftmals zusammen. Entsprechend dem Handlungsmodell wird das professionelle Handeln ausgestaltet, indem eine Reihe von Handlungsmöglichkeiten auf dem Hintergrund des Wissens auf mögliche Konsequenzen hin geprüft wird. Vor diesem Hintergrund begreift Rabe-Kleberg (1996: 295) Professionalität als die subjektive Fähigkeit und Bereitschaft, die Ungewissheit des Handelns zu ertragen, immer wieder neu die Implikationen für das Handeln in Ungewissheit zu reflektieren und auf der Basis von Zuständigkeit auch die Verantwortung für das Handeln zu übernehmen (Rabe-Kleberg 1996: 295). Dieser Zusammenhang wird in der Tabelle 4.2 dargestellt.

Profession 1			Profession 2			Profession N
Interaktion mit dem jeweiligen Klienten /Patienten bzw. Klientensystem			Interaktion mit dem jeweiligen Klienten /Patienten bzw. Klientensystem		
Abstraktes Wissenssystem	Handlungsweisen: Diagnose, Schlussfolgerung, Behandlung	In der Praxis verfügbares Wissen	Abstraktes Wissen	Handlungsweisen: Diagnose, Schlussfolgerung, Behandlung	In der Praxis verfügbares Wissen	
Kulturelle Arbeit: Verteidigung des Zuständigkeitsbereichs		Möglicher Überlappungsbereich	Kulturelle Arbeit: Verteidigung des Zuständigkeitsbereichs			
Dienstleistung (DL) 1			Dienstleistung (DL) 2			DL N
Zusammenarbeit der Professionen			Zusammenarbeit der Professionen			
Arbeitsteilung zwischen den Professionen						

PATIENT/Bezugssystem des Patienten

⁶⁶ Ein wichtiger Schlüssel, um die im Gesundheitswesen angestrebten Produktivitätssteigerungen erzielen und Rationalisierungsmöglichkeiten ausschöpfen zu können, liegt nicht in der zunehmenden Verdichtung der Arbeit, sondern in einer intelligenten Gestaltung der Dienstleistungssituation. Hier stellen der Patient und seine Bezugspersonen eine wichtige Ressource dar. Um die Potenziale des Patienten und seiner Bezugspersonen in der Pflegesituation und im Dienstleistungsprozess positiv nutzen zu können, muss die professionelle Pflege ihr Handlungsspektrum erweitern. Sie benötigt Zeit für Information, Beratung und Anleitung (s. hierzu auch Weidner 1995).

Wird des Weiteren der Meadsche Handlungsbegriff auf den Dienstleistungsprozess übertragen, in dem verschiedene Dienstleistungen von verschiedenen Berufsgruppen/Professionen am selben Patienten erbracht werden, dann ist es für den im Raum stehenden Problemzusammenhang ‚Lebensprozess-Pflege/Handeln-Krankheit‘ zwingend erforderlich, dass alle Perspektiven, die die diversen Berufsgruppen/Professionen in Bezug auf den Patienten haben, einschließlich der des Patienten, wahrgenommen werden, um die für den Patienten ‚passende‘ bzw. eine von ihm/ihr zu handhabende Lösung zu finden. Dieses erfordert Kommunikation und Kooperation im weitesten Sinn. Im nächsten Schritt sollen der medizinische und der pflegerische Funktionskreis betrachtet werden, die die Perspektiven zweier sozialer Gruppen, der Pflege und der Medizin, widerspiegeln.

4.4 ZUM MEDIZINISCHEN UND PFLEGERISCHEN FUNKTIONSKREIS

In seiner Arbeit beschreibt Rohde (1974: 86), wie das Krankenhaus ins Zentrum der Medizin rückte und die Medizin ins Zentrum des Krankenhauses. Die heute selbstverständliche Funktionszuschreibung als Behandlungsstätte von *Krankheit* statt von Krankheit und Pflege ist das Ergebnis eines Ende des 18. Jh. einsetzenden, jahrzehntelang sich in Brüchen vollziehenden und erst im 20. Jahrhundert beendeten Differenzierungsprozesses. In diesem vollzog sich die Transformation vom Armenhospital zum Krankenhaus, von einer karitativen, religiösen Institution zu einem komplexen Krankenhaus- und modernen Wirtschaftsbetrieb (Schadewaldt 1973, Eichhorn/Schmidt-Rettig 2001) Rohde (1974) führt den damit einhergehenden Funktionswandel ‚vom eigentlichen Pflegehospital zur Behandlungsklinik‘ im 18. Jh. vor allem auf Änderungen der politischen und sozialen Gegebenheiten in der Aufklärungszeit zurück und weniger auf den medizinischen Fortschritt. Der Einfluss der naturwissenschaftlich orientierten Medizin auf das Krankenhauswesen wird erst Ende des 19. Jahrhunderts spürbar. Zur Herausbildung einer *speziellen Krankenhausmedizin* haben vor allem drei Ereignisse geführt:

1. die Entdeckung der Narkose 1848
2. die allmähliche Herausbildung von Spezialdisziplinen, wie Augen- und Ohrenheilkunde
3. die Einführung der Antisepsis und später Asepsis (s. Schadewaldt 1973: 324f).

Für die Anwendung der entdeckten Methoden und wissenschaftlichen Erkenntnisse (z.B. Hygiene) und später auch für den Einsatz der für Diagnostik und Therapie erforderlichen Apparate benötigten die naturwissenschaftlich orientierten Ärzte moderne Krankenhäuser. Sie konnten die zur Diagnostik benötigten Apparaturen nicht mehr in das Haus des Kranken mitnehmen. Die Patienten, auch diejenigen, die sich einen Hausarzt leisten konnten, waren im letzten Drittel des 19. Jh. immer mehr auf das Krankenhaus angewiesen, wenn sie einen Spezialisten konsultieren wollten. Dies war insbesondere nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen durch Konrad Wilhelm Röntgen 1895 und deren schneller Verbreitung in Diagnostik und Therapie der Fall. Dies trug neben anderen Faktoren dazu bei, dass das Krankenhaus nicht mehr nur ein Hospital für Unbemittelte und Lohnabhängige war, sondern eine nach Klassen gegliederte *Heilinstitution* für alle Bürger wurde. (s. Schadewaldt 1973: 324f). Dieser Prozess wurde mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 1883 weiter gefördert (s. auch Frühmorgen 1988:131). Für die berufliche Pflege und für die Ausgestaltung des pflegerischen Funktionskreises sind die daraus resultierenden Folgen wichtig. Die beschriebene Funktionsänderung zog eine Veränderung der Rollen des Beteiligten (Ärzte, Pflegepersonal, Patienten) nach sich. In diesem Prozess wurden die Weichen für die innerbetrieblichen Strukturen und die Funktionen des heutigen Krankenhauses gestellt, d.h. für die medizinischen, pflegerischen, hauswirtschaftlichen und verwaltungsmäßigen Funktionen (s. Rohde 1974: 45). Eine Folge dieses Funktionswandels war, dass die Pflege⁶⁷ ihre bis dahin zentrale Stellung an die Medizin verlor. Als Folge der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung wurde die Pflege der Medizin untergeordnet und immer mehr als Hilfs- bzw. Dienstleistung für den Arzt verstanden statt als eigenständige auf den Pflegebedarf des Patienten bezogene Dienstleistung.

⁶⁷ Zur Bedeutung der Pflege für das Krankenhauswesen siehe auch die historische Arbeit von Traudel Weber-Reich (2003).

Rohde (1974: 206ff) nennt vier wesentliche Zwecke des Krankenhauses: *Diagnose, Therapie, Pflege* und *Isolierung*⁶⁸. Aus diesen vier Zwecken ergeben sich zwei generelle Funktionskreise, der **medizinische** und der **pflegerische Funktionskreis**. Der dritte Funktionskreis ist der Notwendigkeit geschuldet, die materiellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Zweckverwirklichung zu schaffen, um die sogenannten *institutionellen Belange* (*institutional needs*) zu befriedigen und um die Tätigkeit der oben genannten Funktionskreise zu koordinieren. Der administrative Funktionskreis, die **Verwaltung**⁶⁹ ist für den Bestand und die Arbeit der Institution Krankenhaus von vitaler Bedeutung. Weiter ist bei der Organisation der Krankenhausarbeit der Umstand zu berücksichtigen, dass das Krankenhaus nicht nur einem, sondern **mehreren Zwecken zugleich** dient. Es ist eine **Mehrzweckorganisation** (s. Mischo-Kelling 2007a). Alle vier von Rohde beschriebenen Funktionen des Krankenhauses - *Diagnose, Therapie, Pflege* und *Isolierung* – und die entsprechenden drei Funktionskreise (s. Abb. 4.4) sind unmittelbar oder mittelbar auf den Patienten ausgerichtet. Die Patienten sind Kern- und Angelpunkt der gesamten Arbeits- und Handlungsvollzüge im Krankenhaus.

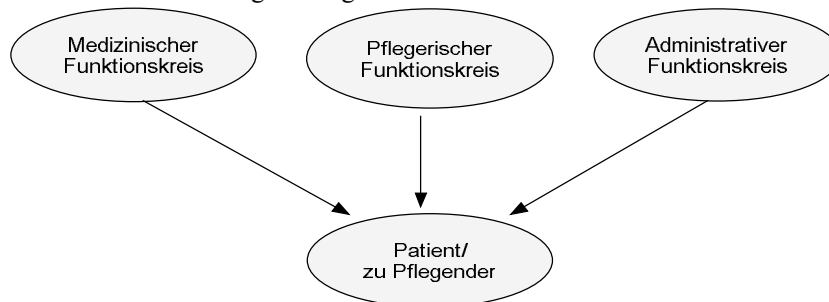


Abb. 4.8: Funktionskreise nach Rohde (1974: 219)

Der Patient ist nicht nur der Ausgangspunkt der zwischen den einzelnen Berufen stattfindenden Arbeitsteilung, er ist auch der Endpunkt oder Bezugspunkt, in dem die gesamte zu leistende Arbeit zusammenfließt und aufgrund der unter Pkt. 4.3 beschriebenen Zusammenhänge ihre Spuren hinterlässt. Die Situation verkompliziert sich dadurch, dass zu diesen Zwecken noch weitere wie Lehre und Forschung kommen können. Darüber hinaus sind die in den Funktionskreisen zum Tragen kommenden Handlungslogiken und Organisationsprinzipien (Bürokratie und Professionalität) nicht dieselben (s. Freidson 2001, Schroeder/Rosenthal 2005). Auch wenn die Patientenversorgung das übergeordnete Ziel ist, bedeutet das nicht, dass die verschiedenen Akteure der einzelnen Funktionskreise ihre Handlungsnormen, Handlungsmuster und Handlungsstrategien an der Situation des Patienten ausrichten. Aufgrund der strukturellen Beschaffenheit des Krankenhauses ist die Situation des Patienten⁷⁰ in diesem Sozialgefüge höchst problematisch und prekär. Im Folgenden geht es um die von Rohde Anfang der 1960er Jahre beschriebenen Funktionskreise⁷¹.

⁶⁸ Der Begriff Isolierung ist in einem weiten Sinn zu verstehen. Er kann aus einer rein medizinischen Perspektive als Isolierung der Kranken von den Gesunden interpretiert werden. Weiter verweist er auf eine Differenzierung zwischen Krankheitsarten, z.B. Infektionserkrankungen, psychischen Erkrankungen von somatischen. Die Kriterien der Isolierung können medizinischer, sozialer und ökonomischer Art sein. Sie bestimmen, wer wo aufgenommen wird und wie er untergebracht wird.

⁶⁹ Dieser kann grob untergliedert werden in administrativ-bürokratische und betrieblich-haushälterische Funktionen, die sozialgeschichtlich als Abkömmlinge des pflegerischen Funktionskreises betrachtet werden können (s. Rohde 1974: 213, 219; Schär 2002).

⁷⁰ Aus dem Umstand der Hospitalisierung ergeben sich für den Patienten als Mensch vielfältige Probleme, die hier nur stichwortartig genannt werden: psychosoziale Entwurzelung, relative Entpersönlichung, relative Infantilisierung (s. Rohde, 1975: 197ff). Hinter dem Hinweis, das alles, was im Krankenhaus passiert, letztlich zum Wohle des Patienten geschehe, kann sich nach Rohde (1973: 24f) ein Abwehrmechanismus im Sinne der Rationalisierung und Problemverleugnung verbergen. Dieser verhindert nicht nur, sich mit der konkreten Situation des Patienten auseinanderzusetzen, sondern auch nach Steuerungsmöglichkeiten zu suchen, die der tendenziellen Inhumanität des Krankenhauses entgegenwirken (s. Rohde 1973:24f).

⁷¹ Rohdes Vorstellungen vom medizinischen Funktionskreis orientieren sich in erster Linie an Parsons Vorstellungen zur medizinischen Profession, einem männlich geprägten Professionsbegriff, wie er ihn am Beispiel der ‚sick role‘ und an der ‚medical practice‘ entfaltet (s. Parsons 1951, Frank 1991).

4.4.1 MEDIZINISCHER FUNKTIONSKREIS

Rohde nähert sich der Beschreibung des medizinischen Funktionskreises über die Rolle des Arztes, dem innerhalb des Sozialgefüges Gesundheitswesen im Laufe der Geschichte die entscheidende Position zugewiesen wurde. In der Rolle des Arztes sei derjenige Sachverstand institutionalisiert,

„der allein eine [...] sinnvolle, wirksame und erfolgsversprechende Auseinandersetzung mit der Krankheit garantiert. (Rohde 1974: 247)“

In diesem Sinn und unter strukturellen wie organisatorischen Gesichtspunkten kommt der Arzt-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu. Die Rolle des Arztes ist strukturell und inhaltlich an der Rolle des Patienten ausgerichtet (s. Rohde 1974: 247). Die Institutionalisierung dieser Rolle geht in hohem Maß von dem ‚technischen‘ Inhalt der medizinischen Funktion aus. Dieser verweist auf die erworbene funktional-spezifische, d.h. auf die medizinisch-wissenschaftliche bzw. medizinisch-praktische Kompetenz.

Im Krankenhaus tritt der Vorrang der technischen Kompetenz besonders hervor. Hier ist am wenigsten zu übersehen, dass das Subjekt der ärztlichen Tätigkeit unter heutigen Verhältnissen nicht mehr der einzelne Arzt, sondern ein Sozialgefüge ist, ein organisiertes und strukturiertes Rollenkollektiv. Die Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus kann aufgrund der hier anzutreffenden Differenzierung auf der vertikalen Ebene (PJ‘lerIn bis Leitende/r Ärztin/Arzt) und auf der horizontalen Ebene (Differenzierung in verschiedene Fachdisziplinen und Spezialgebiete) nicht mehr isoliert betrachtet werden. Arzt im Krankenhaus zu sein heißt, an der Durchführung von Diagnose und Therapie *kooperativ* und im Gegensatz zur Rolle der medizinischen Hilfsberufe *entscheidend* teilzuhaben⁷². Diagnostik und Therapie erfolgen jedoch nicht mehr im Sinne einer Einzelleistung, sondern arbeitsteilig und kooperativ. Dies gilt gleichermaßen für den Assistenten wie für den Leitenden Arzt. Letzterer kann sich Rohde zufolge (1974: 251) aufgrund der ihm zugewiesenen Entscheidungskompetenz (Letztverantwortung) noch am ehesten über die funktionale Differenzierung hinwegtäuschen.

Wichtige Merkmale der Arztrolle sind funktionale Spezifität, affektive (emotionale) Neutralität, Universalität und Kollektiv-Orientierung⁷³. Als *Angelpunkt* der Arztrolle bezeichnet Rohde (1974: 252),

„die *funktionale Spezifität* oder *technische Kompetenz*, deren ‚Inhalt‘ im Falle des Arztes überhaupt medizinisch, genauer: diagnostisch-therapeutisch ist(...)“.

In der Rolle des Krankenhausarztes hat die funktionale Spezifität des technischen Inhalts gewisse Akzentuierungen erfahren, die bezogen auf die ‚funktionale Spezifität‘ und ‚technische Zuständigkeit‘ Auswirkungen auf andere Aspekte der Arztrolle hat. Die affektive Neutralität richtet sich auf die sozialen Objekte der Arzttätigkeit. Diese sind zuallererst der Patient, aber auch die Kollegen bzw. Kolleginnen und die anderen KrankenhausmitarbeiterInnen. Die geforderte medizinische Hilfeleistung gegenüber dem Patienten und die Zweckkomplexe der Institution Krankenhaus bringen die Notwendigkeit mit sich, die affektive Neutralität nicht nur auf den Patienten zu beziehen, sondern auf alle Rollen, die im Bezugsfeld der je eigenen Arztrolle liegen, gegenüber dem Pflegepersonal, den medizinisch-technischen Hilfskräften usw. (s. Rohde 1974: 258). Dies bedeutet, dass sowohl die Beziehung zum Patienten, als auch zu den anderen Berufsgruppen eine *spezifische* ist. Was die geforderte Universalität betrifft, hebt Rohde (s. 1974: 266) hervor,

„dass die Arztrolle im höchsten Maße nicht exklusiv organisiert ist. Das potentielle Bezugsfeld der Rolle des Arztes umschließt alle anderen Mitglieder der Gesellschaft, da ja Krankheit als Rollenkonstituante ebenfalls zumindest potentiell ein universales Phänomen ist. Theoretisch kann der Arzt also jedem gegenüber

⁷² Das ‚Professionsmodell‘ wird in der ‚normalen‘ Arztrolle im Krankenhaus nur in Ansätzen realisiert, da der Leitende Arzt aufgrund seiner Kompetenz (Letztverantwortung) die Entscheidungen eines ihm nachgeordneten Arztes jederzeit in Frage stellen und außer Kraft setzen kann. Hier wirkt das ‚Zunftparadigma‘.

⁷³ Parsons hat fünf Wertorientierungen in Form von sog. ‚pattern variables‘ beschrieben: Affektivität – affektive Neutralität; Diffusität – Spezifität; Kollektivorientierung – Selbstorientierung; Partikularismus – Universalismus; Zuschreibung (Qualität) – Leistung. Schneider (2002: 128ff, 131 ff) hat die Bedeutung, die diesen pattern variables für das menschliche Handeln zukommt, auf zwei unterschiedliche Handlungssituationen bezogen: er hat das Handeln in der Familie dem Handeln in beruflichen Rollen gegenüber gestellt. Die Professionen nehmen eine Sonderrolle im Kontext unterschiedlicher Berufsrollen ein.

zum Arzt werden, der ihn in seiner Rolle in Anspruch nimmt [...]. Die Arztrolle ist ein Komplex von Verhaltensweisen, der im Rollenträger ständig gleichsam ‚auf dem Sprung‘ zu sein hat. Dieser universalistische, radikal nicht exklusive Aspekt steht hinter der grundsätzlichen Verpflichtung zu ärztlicher Hilfeleistung.

Eine gewisse Tendenz zur Minderung des Universalismus sei gerade in Hinblick auf die gegebene Ausweitung und Differenzierung des Bezugsfeldes der Rolle des Arztes zu beobachten. Der Universalismus der Arztrolle in der Rolle des Krankenhausarztes wird durch Binnendifferenzierung, Spezialisierung innerhalb der Medizin, durch die arbeitsteilige Organisation und dadurch bedingte unterschiedliche Ansprüche gemindert und eingeengt (s. ebenda 1974: 266f). Die Kollektivorientierung besteht darin, dass sich der Handelnde an die Solidarität mit anderen hält. Diese ist ebenso wie der Universalismus der Arztrolle bereits normativ in der Institution des Krankenhauses verankert. Rohde (1974: 271) betont,

„dass der Arzt das Patientenwohl in seiner Berufsrolle zu seinem eigenen höchsten Interesse zu machen hat. Von ihm wird Solidarität mit dem Patienten gefordert. An diese Forderung knüpfen sich bestimmte Verhaltensanweisungen und Haltungsprinzipien.“

Die für die Arztrolle und eine Profession als wesentlich erkannten Merkmale, - funktionale Spezifität, affektive Neutralität, Universalismus und Kollektivorientierung – können nach Rohde (1974: 278) prinzipiell auch auf den pflegerischen Funktionskreis übertragen werden. Auf seine Konzeption desselben soll im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

4.4.2 PFLEGERISCHER FUNKTIONSKREIS

Die Unterschiede in den beiden Funktionskreisen sieht er durch die Geschichte des Pflegeberufs sowie in der gesellschaftlichen Organisation außerfamiliär erbrachter Pflegeleistungen begründet. Sie ergeben sich über die Inhalte der Arbeit. Kranke behandeln und kranke Menschen pflegen ist nicht dasselbe. Rohde beschreibt den pflegerischen Funktionskreis geschlechtsunspezifisch und er setzt die Pflegearbeit nicht automatisch mit Frauenarbeit gleich⁷⁴. Er begreift die Rolle der Pflegekraft als die krankenhaustypischste Rolle überhaupt. Diese Aussage steht im Zusammenhang mit Rohdes Verständnis von der Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen ist für ihn eine *soziale Grundvoraussetzung* menschlichen Lebens. Hier lassen sich Anknüpfungspunkte zu den Ausführungen in Kap. 3 finden.

EXKURS : ANTHROPOLOGISCHE BEDEUTUNG DER PFLEGE

Vor mehr als vierzig Jahren hat Rohde implizit auf die anthropologische Bedeutung der Pflege für das menschliche Überleben und für die Existenz menschlicher Gesellschaften hingewiesen. In Anlehnung an Arnold Gehlen ist der Mensch

„[...] ein instinktarmes (daher hoch bewusstseinsfähiges), organprimitives (daher verhaltensplastisches), in Unangepasstheit riskiertes (daher auf Stellungnahme angewiesenes) dauerbedürftiges Wesen, das sich seine Lebensmöglichkeit durch handelnde Stellungnahme zur Welt, durch Umschaffen der ursprünglich feindlichen Naturbedingungen und durch Zucht seiner selbst erringen muss. [...]“ (Rohde 1974: 96).

Diese Grundverfassung des Menschen kann mit der Kategorie der Dauerbedürftigkeit beschrieben werden, deren Bewältigung eine unumgängliche Kultur- und Gesellschaftsleistung ist. Alle Handlungen, Verhaltensweisen und Schöpfungen des Menschen sind auf diesen grundlegenden Bereich der Bedürftigkeit und der Bedürfnisse zurückzuführen und bedürfen einer Lösung (Rohde 1974: 96f). Weil der Mensch überleben will, zielt sein Verhalten und Handeln u.a. auf die Befriedigung dieses grundlegenden Bedürfnisses ab (Rohde 1974: 97). Auch das pflegerische Handeln muss vor dem Hintergrund dieser Dauerbedürftigkeit gesehen werden. Letztere ist mit einer Dauerbelastung des Menschen gekoppelt. Sie macht sich darin bemerkbar, dass die Bedürfnisse nicht nur dauernd gefühlt werden, sondern dass

⁷⁴ Rohde macht darauf aufmerksam, dass es sich bei der Vorstellung, wonach der Pflegeberuf primär ein Frauenberuf ist, um ein historisch junges Phänomen handelt.

„dieses Fühlen von Bedürfnissen konstant in Richtung auf das Finden zweckgerichteter Lösungen hindrängt (Rohde 1974: 99)⁷⁵.

Menschliches Handeln wie die Pflege des eigenen Körpers und Selbst oder die Pflege eines anderen Menschen dient der Bedürfnisbefriedigung im weitesten Sinn. Rohde nähert sich dem Begriff des ‚Bedürfnisses‘ von der Anthropologie her. Er verzichtet mit Blick auf die Bedürfnisbefriedigung durch Institutionen⁷⁶ darauf, die Bedürfnisse näher zu differenzieren. Für ihn stellt die Bedürfnisbefriedigung existenzieller oder elementarer Bedürfnisse wie bspw. des Hungers ein komplexes Unterfangen dar, das dem Menschen einiges abverlangt. Viele der zur Bedürfnisbefriedigung erforderlichen Handlungsweisen werden mit der Zeit zu Gewohnheiten, auf die der Mensch im Bedarfsfall zurückgreifen kann (s. Kap.3.4.4). Für Institutionen wie das Krankenhaus begründen die Bedürfnisse den Zweck. Somit befriedigt die Institution Krankenhaus das Bedürfnis nach Pflege dauerhaft, wann immer dieses Bedürfnis aktuell wird. Damit dies möglich ist, muss der Zweck

„als Wert in die Zielvorstellungen einer Gesellschaft ein(gehen), die zu (deren) seiner Verfolgung ein von der Zweckbestimmung her analytisch umschreibbares Handlungs- und Verhaltenssystem herausbildet und es durch Normen steuert (Rohde 1974: 101)

Die Frage ist, welches Handlungs- und Verhaltenssystem eine Gesellschaft bezüglich der Pflege herausgebildet hat und durch welche Normen dieses gesteuert wird. In ersten publizierten Vorstellungen zur beruflichen Pflege wie etwa von Harmer (1922) findet eine Auseinandersetzung mit den o.g. Bedürfnissen statt. Harmers Gedanken werden später von Henderson aufgegriffen und weiter ausgeführt (s. Kap. 2). Orem (1995: 7/ 1997: 9) spricht in diesem Zusammenhang von self-care bzw. Selbstpflege⁷⁷. Mit diesem Begriff bezeichnet sie in einer ersten Annäherung

„das persönliche Für-sich-Sorgen, das Individuen jeden Tag benötigen, um ihr allgemeines Funktionieren und ihre Entwicklung zu regulieren. Der Bedarf der Menschen nach dieser regulierenden Aktivität wird unter anderem durch Faktoren wie Alter, Entwicklungsstadium, Gesundheitszustand, Faktoren der Umgebung und durch die Auswirkungen der medizinischen Behandlung beeinflusst.“

Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, an die ein Teil der gesellschaftlich notwendigen Pflegeaufgaben delegiert worden ist, üben somit eine gesellschaftlich höchst relevante Aufgabe aus. Nach Orem (1995/97, 2001) erbringen Pflegekräfte spezialisierte Dienstleistungen, die der anthropologischen Kategorie einer objektiv gegebenen (Hilfe-)Bedürftigkeit bzw. eines Bedarfs entsprechen. Die professionelle Pflege ist (demnach) nicht einfach nur eine menschenfreundliche, voluntaristische Hilfestellung, sondern eine objektiven Kriterien gehorchende notwendige Arbeit. Collière (1986: 96) beschreibt diesen Sachverhalt folgendermaßen:

⁷⁵ Die von Rohde angeführten Zitate weisen u.a. darauf hin, dass pflegerisches Handeln sich in menschlichen Gewohnheiten der Lebensfristung niederschlägt. In Anlehnung an Gehlen schreibt er: „So ist es nicht weiter verwunderlich, dass aus einer derart belasteten und riskierten Lage heraus selbst wieder ein Bedürfnis entsteht, nämlich das **allgemeine**, sich von der Notwendigkeit stets **neuer Ad-hoc-Lösungen** der jeweiligen Problemlage zu entlasten, d.h. das durch **Erkenntnisleistung** und **sachlogische Handlung** einmal gefundene und erprobte Arrangement der Tatsachen festzuhalten und festzustellen. **Das kann nicht gut anders geschehen als dadurch, dass bestimmte Bedürfnisse mit bestimmten Sachlagen, Handlungsverläufen und Verhaltensweisen zu einem festen System verbunden werden, innerhalb dessen das jeweilige Verhalten fraglos wird.** Aus der Vielfalt der durch die Unerschöpflichkeit des Faktenreservoirs und der Plastizität des Menschen bedingten Möglichkeiten wird eine herausgehoben und vereinseitigt; denn erst dadurch wird sie **gewohnheitsmäßig und dauerhaft**. Jederlei Dauer und Zeitresistenz kultureller Schöpfungen ist bezogen auf die Vereinseitigung der Handlungsabläufe - ihre Spezialisierung - und damit auf die Vereinseitigung der Sachaspekte“ (Rohde 1974: 99). Hier gibt es eine gewisse Ähnlichkeit mit den in Kap. 3 beschriebenen Vorstellungen des amerikanischen Pragmatismus.

⁷⁶ Hierunter fällt auch die Familie.

⁷⁷ Ingrid Kollak (1999: 16) greift in ihrer Arbeit den von Orem geprägten Begriff ‚self-care‘ auf. Sie übersetzt ihn mit ‚Selbstsorge‘. Sie untersucht die Aktualität dieses Begriffs vor sozialgeschichtlichem Hintergrund. In diesem Zusammenhang verweist sie auf Michel Foucaults ‚Arbeit zur Geburt der Klinik‘ (1988: 75) und der dort referierten Form der ärztlichen Befragung. Hier werden Fragen in Bezug auf drei menschliche Funktionsarten (die Vitalfunktionen, die natürlichen Funktionen und die animalistischen Funktionen) gestellt. Kollak (1999: 21) sieht hier eine gewisse Ähnlichkeit zu den Aktivitäten des Lebens.

„Care⁷⁸ is an integral part of life; no life can subsist without care. This is true for any living species. It is true for mankind. It has been necessary ,to take care of‘ not only human beings, but also of everything which could contribute to their survival: fire, plants, hunting tools, domestic animals and so on.“

An anderer Stelle unterstreicht sie die Notwendigkeit, die soziokulturelle Bedeutung von Pflege (care) zu entdecken. Diese beginnt mit der Kenntnisnahme des erkrankten Menschen als Person mit seinen eigenen Gewohnheiten, Meinungen und seiner eigenen Herangehensweise an die Erkrankung (s. Collière 1998: 128). In eine ähnliche Richtung weist auch Madeleine Leiningers (2002) Verständnis von ‚care‘, das ein grundlegendes menschliches Bedürfnis bzw. Erfordernis ist. Für sie ist caring gleich nursing, d.h. Pflege. Bei ihrer begrifflichen Fassung von ‚care‘ unterstellt sie, dass Pflege vorhanden sein muss, damit Heilung bei den meisten Menschen überhaupt erfolgen kann. Pflegen (caring) und Heilen (curing) haben unterschiedliche Bedeutungen und therapeutische Ergebnisse. In jüngster Zeit haben Charlotte und Michael Uzarewicz (2005: 30) den Versuch unternommen, die Pflege aus der Perspektive einer phänomenologischen Anthropologie zu deuten. Danach ist Pflege ein menschliches (auch tierisches) Urphänomen wie Essen und Trinken, Schlafen, Defäzieren, Kopulieren, Atmen, Gehen oder Liegen. Hier ergeben sich erste Anknüpfungspunkte zu dem von Mead beschriebenen menschlichen Impuls der elterlichen Fürsorge/Pflege (s. Kap. 3).

Auch wenn die Pflege für das Überleben der Menschheit notwendig ist, heißt dies nicht, dass die Pflege als Handlungszweck zu einem sozialen Wert geworden oder in die bewusste Zielvorstellung der Gesellschaft⁷⁹ eingegangen wäre. Zu den Zielvorstellungen einer Gesellschaft rechnet Rohde (1974: 104) das Gesamte ausgewählter, von allen geteilter und als wertvoll anerkannter Bedürfnisbefriedigungen. Innerhalb der Zielvorstellungen und Werte besteht eine hierarchische Ordnung,

„die den Grad der Wertbesetzung der einzelnen Zwecke repräsentiert und damit den Vorrang bestimmter Ziele gegenüber anderen normativ umschreibt, um stets vorhandene und mögliche Zweckkonkurrenzen der Ordnung halber bis zu einem gewissen Grade vorzuzurteilen“ (Rohde 1974: 104)

Mit Blick auf den Zweck-Wert, der in die Zielvorstellung der Gesellschaft übergegangen ist, und auf die Institution Krankenhaus als Verhaltens- und Handlungssystem (soziales System) hat dieser Mittelcharakter. Die Institution ist das Instrument bzw. Werkzeug der Gesellschaft, mittels dessen der Zweck verfolgt oder das Bedürfnis abgedeckt wird. Es geht hier vor allem darum, dass die notwendig zu leistende Pflegearbeit von der Gesellschaft als eigenständiger und nicht an Krankheit gekoppelter ‚Zentralwert‘ begriffen wird.

Allgemein stellt Krankheit für den Menschen eine Bedrohung dar. Sie tut ihm hinsichtlich seiner Handlungs- und Leistungsfähigkeit etwas an. Sie bedroht ihn, die soziale Gruppe, und im näheren Umfeld die Familie. Die Bedrohung wird auf individueller wie auf gesellschaftlicher Ebene relevant. Rohde (1974: 134ff) hebt hervor, dass

„die Entfaltung des Bedürfnisses an die permanente Bedrohung der Funktionsfähigkeit gebunden ist. An seiner Wurzel (die bis in die willensunabhängigen Reaktionen des Organismus hineinreicht), stellt sich das Bedürfnis dar als Interesse, der Bedrohung zu entkommen, die Funktionsminderung nach Möglichkeit zu vermeiden. Das gilt anthropologisch für den einzelnen wie auch soziologisch für die Gruppe der Gesellschaft (Rohde 1974: 136).

Der Mensch kann dieser Bedrohung nicht vollends entkommen. Er muss Vorsorge treffen. Für eine Vorsorge auf gesellschaftlicher Ebene muss neben dem Bedürfnis, die mit dem Krankheitsfall verbundenen Bedrohungen zu

⁷⁸ Collière (1984) spricht von ‚care‘ und ‚cure practices‘ und geht in ihrem Aufsatz den kulturellen Wurzeln dieser Praktiken nach. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung und insbesondere mit der Herausbildung der wissenschaftlichen Medizin, die ‚care-practices‘ in den Hintergrund und damit in Vergessenheit geraten sind. Dies hatte Folgen für die Menschen, vor allem für die Frauen. In dem ‚Care‘-Begriff, wie Collière ihn verwendet, ist die Pflege kranker Menschen lediglich ein Aspekt so genannter ‚caring-practices‘.

⁷⁹ Hier scheint aufgrund des unübersehbaren demographischen Wandels allmählich eine Änderung einzutreten. Wie der Broschüre ‚Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen‘ von Dez. 2007 des BMFSFJ und des BMG zu entnehmen ist, wird das Phänomen Pflege inzwischen deutlicher wahrgenommen.

vermeiden, noch das Moment der Belastung berücksichtigt werden. Bei der Suche nach Formen der Entlastung kommen die Institutionen Familie und Krankenhaus ins Spiel. Rohde (1974: 137ff) nennt drei mögliche Belastungen: 1) Todesdrohung, 2) Leiden und 3) Einengung oder Aufhebung der Handlungsfähigkeit. Diese drei Belastungen machen sich in der Regel zuerst in der Familie bemerkbar. Liegt das Thema Bedrohung bei Vorliegen einer Krankheit auf der Hand, sieht dies wegen des Phänomens der Pflegebedürftigkeit offensichtlich anders aus. Letztere verweist vor allem auf die dritte Form der Belastung, die Einengung oder Aufhebung der Handlungsfähigkeit. Wird allerdings der Blick einseitig auf die Krankheit gerichtet, dann gerät der Umstand aus dem Blick, dass das Bedürfnis nach Pflege⁸⁰ ein dauerhaftes, fortwährendes ist (s. auch Collière 1998). Die Notwendigkeit zur kontinuierlichen Pflege besteht schon, bevor sich ein Mensch krank fühlt oder sich aufgrund eines solchen Gefühls zum Arzt begibt, wohingegen der Bedarf an Pflege durch andere - außer bei Neugeborenen und Kindern (MMK) - erst in einem zweiten Moment entsteht. Er ergibt sich immer dann, wenn der Bedarf aus eigenem Antrieb und aus eigener Kraft (s. Henderson/Nite 1978, ICN-Regeln 1977, Orem 1995/97, 2001, Roper et al. 2000, Behrens 2009) nicht mehr abgedeckt werden kann. In diesem besonderen Fall, der häufig mit einer Erkrankung zusammenfällt, fällt die Aufgabe der Pflege anderen Menschen, zumeist der Familie zu (s. Rohde 1974: 146). Erst wenn die Kapazitäten der Familie für die Krankheits- und Pflegebewältigung nicht mehr ausreichen bzw. von vornherein unzureichend sind, kommt die Institution Krankenhaus zum Tragen. Die Befriedigung des Pflegebedarfs erfolgt primär in der Familie und temporär in einer Institution wie dem Krankenhaus⁸¹. Deshalb ist die Familie für Rohde die strukturell früheste Krankenpflegeinstanz. Auf diesen Sachverhalt wird im RLT-Modell mit dem Lebensmodell Bezug genommen (s. Kap. 2). Auch findet sich dieser Gedanke implizit im Meadschen Handlungsmodell. Im Folgenden soll der Faden zum pflegerischen Funktionskreis wieder aufgenommen werden.

Auch wenn die Rolle der Pflegekraft eigentlich die krankenhaustypischste ist, besteht ein Problem der beruflichen Pflege nach Rohde (1974:278) darin, dass die Gesellschaft die medizinische Leistungsfähigkeit des modernen Krankenhauses wertschätzt. Diese Leistungsfähigkeit und die daraus resultierende Wertschätzung werden mit der Rolle des Arztes assoziiert. Im Unterschied zum Arzt-Sein heißt Pflegekraft-Sein im Krankenhaus bei der Durchführung von Diagnostik und Therapie auf Anforderung des Arztes hin tätig zu werden. Dies geschieht zwar durchaus *kooperativ*, aber im Gegensatz zum Arzt-Sein bedeutet Pflegekraft-Sein, *nicht entscheidend* an der Durchführung von Diagnostik und Therapie mitzuwirken, sondern nach Maßgabe der beteiligten Ärzte zu handeln. Weiter heißt Pflegekraft-Sein im Krankenhaus, an der Durchführung der Pflege je nach Organisation der Pflegearbeit auf Station oder in den Funktionseinheiten zwar kooperativ, aber doch nur in Teilaspekten, d.h. nur bedingt entscheidend beteiligt zu sein (s. unten). Gleichwohl geht Rohde davon aus, dass generelle Rollenerwartungen, wie sie an den Arzt gerichtet werden, auch auf die Pflegekraft zutreffen. Er sieht den pflegerischen Funktionskreis eng mit dem medizinischen verbunden, da das Krankenhaus

"sich in seiner Zielsetzung wesentlich und nachdrücklich auf medizinisch begründete Handlungsziele konzentriert".

Hieraus folgert er, dass die Rolle der Pflegekraft soziologisch gesehen an den Grundorientierungen des Arztes partizipiert. Dies trifft à priori und vor jeder ‚Medizin-Erfahrung‘ für die zwei ärztlichen Grundorientierungen ‚Universalismus‘ und ‚Kollektivorientierung‘ zu. Er begründet seine Auffassung folgendermaßen:

"Die Rolle der Krankenschwester ist jene mit einem Beruf getroffene Veranstaltung, die in der Gesellschaft zustande kommt, um das ‚Grundbedürfnis‘ nach Pflege zu befriedigen, das im Krankheitsfalle dann auftritt, oder unabgesättigt bleibt, wenn die primären familiären Beziehungen zu seiner Befriedigung nicht ausreichen oder ganz ausfallen: In der Rolle der Krankenschwester ist also die Pflege Kranker zum ersten Mal außerfamiliär veranstaltet. Daher muss sie grundsätzlich gegenüber jedermann aktivierbar sein, der nach den

⁸⁰ Rohde (1974: 146) fasst den Begriff ‚Pflege‘ sehr weit, wenn er schreibt, dass die Aufgabe der Pflege als solche bereits vor der Notwendigkeit einer Für- und Vorsorge für Kranke wesentliche Familienfunktion (ist) in der Form der Aufzucht, Sozialisierung, An- und Einpassung der Kinder in das soziale Leben.

⁸¹ Außerfamiliär erfolgt Pflege neben dem Krankenhaus noch in anderen stationären Einrichtungen. So wurden im Dezember 2005 von den 2,13 Mill. Pflegebedürftigen in Deutschland 677.000, d.h. 32% in 10.400 Pflegeheimen mit 546.000 Beschäftigten versorgt (s. Datenreport 2008: 243).

Regeln der Kultur als Kranker definiert werden kann (Universalismus); und die Vernachlässigung des Eigeninteresses, die Selbstverleugnung und Aufopferungswilligkeit für den Pflegling (Kollektivorientierung) sind normativer Kern dieser Rolle und in einem tieferen Sinn sogar ihre *ratio essendi*; denn Kollektivorientierung ist zunächst einmal nur selbstverständlich in den partikularistischen Beziehungen des engeren und weiteren Familienumkreises, [...]“ (Rohde 1974: 280f).

Ein weiteres Problem der beruflichen Pflege ist die im 19. Jahrhundert historisch gewachsene und bis weit ins 20. Jahrhundert reichende Kollektivorientierung (Pflegeorden, Mutterhaussystem), die religiös bzw. ideologisch geprägt war und im Zuge der Säkularisierung und Verberuflichung des Pflegeberufs an Bindungskraft verlor. Diese religiös oder ideologisch begründete Kollektivorientierung (das Dienen, die besondere Eignung aufgrund der dem weiblichen Geschlecht zugewiesenen Merkmale und Charaktereigenschaften etc.) muss durch eine neue Kollektivorientierung ersetzt werden, die ihrerseits sozial bzw. anthropologisch legitimiert ist⁸². Eine solche neue Kollektivorientierung bedarf einer gewissen Begründung und gesellschaftlichen Stützung, worauf Rohde (1974: 282ff) mit aller Deutlichkeit hinweist. Diese Kollektivorientierung verweist auf die Notwendigkeit eines von den Pflegekräften als Mitgliedern der Pflegeprofession geteilten pflegespezifischen Wissenssystems.

Die Funktion der Gesundheits- und Krankenpflegerin leitet sich nach Rohde von der Pflegeaufgabe in der Institution Krankenhaus ab:

„Ihre Position liegt mithin im pflegerischen Funktionskreis, der ihre Aufgabe zunächst einmal auf jene Fürsorge für den Patienten begrenzt, die keine spezifisch medizinischen Maßnahmen erfordert. Diese *Grundpflege*⁸³, die zahlreiche regulierte, aber auch unvorhergesehene Aufgaben umfasst (Betten, Waschen, Baden, Essenverabreichen ...) ist sicher Wurzelfunktion dieser Rolle und umschreibt einen Komplex von Stammaufgaben, der tatsächlich als eine Übertragung familiärer (partikularistischer) Aufgaben auf eine universalistisch orientierte Rolle betrachtet werden kann“ (Rohde 1974: 288).

Diese Funktionen, die sich insgesamt auf die elementaren Bedürfnisse des Menschen beziehen, bezeichnet Rohde als ‚mutterähnliche‘ Funktionen. Sie erscheinen zunächst einmal als diffus und nicht spezifisch funktional orientiert:

„[...] das Besorgen, das ‚Bemuttern‘ des Patienten umschließt ja eine Reihe von Tätigkeiten, die in vielerlei Hinsichten verlaufen und nicht sämtlich erst durch das Kranksein notwendig werden“ (Rohde 1974: 289).

Früher bestimmte die folgende, tatsächlich unaufgebbare Aufgabe die Gesamtfunktion der Pflegekraft:

„zuverlässigen Ersatz für den (temporären) Mangel an primär-intimer (familiärer) Hilfestellung und Mithelmenschlichkeit zu schaffen“ (Rohde 1974: 289).

Rohde untersucht nicht, wie diese ‚mutterähnliche Funktion‘ in der konkreten beruflichen Situation, d.h. in der Beziehung der Pflegekraft zum Patienten, realisiert werden kann. Er stellt lediglich fest, dass der pflegerische Funktionskreis, d.h. die zuvor erwähnte Gesamtfunktion der Pflegekraft, in der Sonder-Kultur der Medizin ‚umgeprägt, differenziert und modifiziert‘ worden ist. Dieser Vorgang ist von zentraler Bedeutung⁸⁴, da sich zu der Funktion, die seit den 1960er Jahren allgemein mit dem Begriff der *Grundpflege* beschrieben wurde, nun neue aus den medizinischen Erfordernissen erwachsende Aufgaben hinzugesellen, die allgemein unter dem Begriff

⁸² Hier sind die Vorstellungen von Rohde m.E. diffus; beim Arzt ist die Kollektivorientierung mit bestimmten Verhaltensweisen gegenüber dem Patienten verbunden, die für die Gestaltung der Beziehung zum Patienten wichtig sind.

⁸³ Rohde verwendet den Begriff ‚Grund- und Behandlungspflege‘ relativ unbekümmert. Ihmzufolge eignen sich beide Begriffe nicht, den pflegerischen Funktionskreis im Kontext des ‚Heilungsprozesses‘ zu beschreiben. In ihrer kritischen Auseinandersetzung mit Rohde versäumt Elke Müller (2001a), diesen – wie ich finde – wichtigen Aspekt zu erwähnen. Rohde öffnet damit den pflegerischen Funktionskreis und gibt Hinweise für Entwicklungsmöglichkeiten. Diese Hinweise können allerdings leicht überlesen werden, da er den pflegerischen Funktionskreis immer im Kontext des medizinischen diskutiert. Die Begriffe ‚Grund- und Behandlungspflege‘, die sich seit den 1950er Jahren in der deutschsprachigen Pflege eingebürgert haben, haben fatale Folgen für die berufliche Pflege. Hierauf haben Sabine Bartholomeyczik (1997) und Elke Müller (2001a, 2001b) mit Blick auf die Pflegearbeit, auf die damit verbundenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie deren Entwicklung und Wahrnehmung und nicht zuletzt auf die damit einhergehende gesellschaftliche Wertschätzung hingewiesen. Der Begriff der ‚Grundpflege‘ verdeckt die Bedeutung, die diesem Bereich insgesamt zukommt. Deshalb schlägt Helga Krüger (2001b) vor, statt von Grundpflege von ‚präventiv-rehabitativer‘ Pflege zu sprechen.

⁸⁴ Im Rahmen des Prozesses der Umprägung, Differenzierung und Modifikation findet zugleich auch eine gesellschaftliche Abwertung statt.

der *Behandlungspflege* zusammengefasst werden. Dieser Bereich markiert den zwischen pflegerischem und medizinischem Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich bestehenden Überlappungsbereich, den ich weiter vorne ‚als Mülleimer‘ beschrieben habe. Welche Aufgaben hierunter fallen, wird ärztlicherseits⁸⁵ definiert.

Aus der Entwicklung des Krankenhauses zu einer diagnostisch-therapeutischen Behandlungsstätte einerseits und aus der Ableitung pflegerischer Funktionen und Aufgaben aus dem medizinischen Funktionskreis andererseits leitet Rohde den ‚Verlust der Eigenständigkeit‘ des pflegerischen Funktionskreises ab. Die Pflege wird:

„zur Hilfe, zum Mittel, um die eigentliche Auseinandersetzung mit der Krankheit in Form medizinisch-diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu ermöglichen. Mithin ist die Schwester im Krankenhaus von heute immer schon ‚Heilgehilfin‘. Ihre Rolle ist in den diagnostisch-therapeutischen Prozess einbezogen und untersteht damit den Gesichtspunkten, Grundorientierungen und Erwartungen des medizinischen Funktionskreises“ (Rohde 1974: 290).

An dieser Stelle findet bei Rohde eine Vermischung des pflegerischen und medizinischen Funktionskreises statt. Wird ersterer zunächst aus dem menschlichen Grundbedürfnis begründet, erfolgt im zweiten Schritt die Legitimation der Heilgehilfin aus den Anforderungen, die aus dem medizinischen Funktionskreis in Bezug auf die Diagnostik und Behandlung der Krankheit erwachsen. Diese Anforderungen sind an der medizinischen Arbeit und weniger an den (anthropologischen) Erfordernissen des Kranken orientiert. Er konstatiert eine zwischen medizinischem und pflegerischem Funktionskreis bestehende Abhängigkeit. Insgesamt ist Rohde in seinen Aussagen widersprüchlich. Einerseits partizipiert der pflegerische Funktionskreis im modernen Krankenhaus am medizinischen, indem er sich an medizinischen Handlungszielen ausrichtet. Andererseits ist die Pflege der Medizin nicht untergeordnet, sondern Teil des ‚Heilungsprozesses‘. Mit Blick auf die von ihm beschriebene und durch die Medizin hervorgerufene Umprägung, Differenzierung und Modifizierung zuvor diffuser und unspezifischer Funktionen der Pflege in funktional spezifische und auf den diagnostisch-therapeutischen Prozess bezogene Funktionen hält er eine Unterscheidung pflegerischer Funktionen in Grundpflege und Behandlungspflege für unangemessen. Fruchtbarer erscheint ihm hingegen ein Vorschlag von Whiting, der folgende auf den Patienten gerichtete pflegerische Aufgaben unterscheidet:

- "die physische Pflege (physical care)
- die emotionale Abstützung des Patienten (supportive emotional care)
- die Erziehung des Patienten (patient education)
- die Vermittlung zwischen Patient und Arzt oder anderen Abteilungen des Krankenhauses (liaison)" (Rohde 1974: 294).

Diese Funktionen stehen nach Rohdes Argumentation allerdings eher im Zusammenhang mit Diagnostik und Behandlung und weniger mit der Pflege als solcher. Wie in diesen Kontext die weiter oben erwähnten ‚mutterähnlichen‘ Funktionen einzuordnen sind, bleibt ebenso offen wie die Frage, wie all diese Funktionen in der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient realisiert werden können. Rohde verheddert sich in dem ‚doppelten Mandat‘. An dieser Stelle soll auf die Beschreibung weiterer Aspekte des ‚*pflegerischen Funktionskreises*‘ verzichtet werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Rohde den medizinischen und den pflegerischen Funktionskreis als berufliche Handlungsfelder mit unterschiedlichen, aber aufeinander bezogenen Funktionen konzipiert. Die Handlungsanforderungen und -orientierungen sind in beiden Bereichen mit Blick auf die mit dem Patienten einzugehende Arbeitsbeziehung zunächst prinzipiell miteinander vergleichbar. Beide, Pflegekraft wie Arzt, treten mit dem Patienten in eine Arbeitsbeziehung. Während für den Arzt die Art der in dieser Arbeitsbeziehung stattfindenden Hilfestellung mit den Begriffen ‚Diagnostik und Therapie‘ offenbar hinreichend beschrieben ist, gilt das für die Pflege nicht. Im Gegensatz zur Krankheit, die in der Regel spezifisch ist, bleibt das menschliche

⁸⁵ Dass dem auf anderer Ebene (gesetzlich, Interessenvertretung, Krankenhaus) Aushandlungsprozesse vorausgehen, zeigt die gegenwärtige Diskussion um die Neuverteilung von Aufgaben.

Grundbedürfnis nach Pflege diffus. Hier Klarheit zu schaffen, betrachtet Rohde als eine zentrale Aufgabe der beruflichen Pflege. Die Schwierigkeiten und Widersprüche, in die der pflegerische Funktionskreis aufgrund der doppelten Ausrichtung gerät, werden von Rohde nicht erkannt. Trotz vieler Widersprüche in Bezug auf die Verortung des pflegerischen Funktionskreises als Teil des Heilungsprozesses gibt seine Analyse dennoch erste Hinweise darauf, in welche Richtung sich der pflegerische Funktionskreis entwickeln könnte. Der Fokus ist die direkte Beziehung zum Patienten. Ein großes Dilemma der beruflichen Pflege besteht nun aber darin, dass die Pflege mit der temporären Übernahme einer in der Regel familiär wahrzunehmenden Aufgabe befasst ist. Diese Aufgabe bezeichnet Rohde als ‚mutterähnliche‘ Funktion und meint damit ein auf ein menschliches ‚Grundbedürfnis‘ bezogenes Handeln. Dieses Bedürfnis ist jedoch nicht eindeutig zu definieren, es ist unscharf (s. auch Hagemann-White 1997). Folglich besteht eine Aufgabe der beruflichen Pflege, aber auch der Gesellschaft darin, dieses Grundbedürfnis näher zu bestimmen⁸⁶.

In Kapitel 3 ist dargelegt, dass das Selbst, das Selbstkonzept und das Körperbild eines Menschen beim menschlichen Handeln fortwährend Veränderungen ausgesetzt sind. Dies gilt auch für das auf sich selbst und auf andere bezogene pflegerische Handeln. Das Selbst, Selbstkonzept und das Bild von eigenem Körper wird hiervon nachhaltig berührt. Die weiteren Ausführungen haben gezeigt, dass Pflege das ganze Leben über notwendig ist und dass die Art der möglichen Pflege von vielen Faktoren beeinflusst wird. Um die Reichweite der hier interessierenden pflegetheoretischen Ansätze zu erkennen, muss die Pflege gesunder wie kranker Menschen in einem breiteren Kontext gesehen und aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Die zu leistende Arbeit muss dabei in Beziehung zum menschlichen Leben (d.h. zu den Aktivitäten des Lebens im Sinne des RLT-Modells) und zum menschlichen Lebenslauf (oder auch zur Lebensspanne im Sinne des RLT-Modells) gesetzt werden. Die Ausführungen in Kap. 3 haben deutlich gemacht, dass die Pflege in ihren unterschiedlichen Formen als eine notwendige produktive und reproduktive menschliche Arbeit verstanden werden muss, die durch die verschiedenen Orte ihrer Ausübung geprägt wird. Dieser Zusammenhang wird in Tabelle 4.3 dargestellt.

Tab. 4.3: Orte und Arbeitsformen, die das Pflegehandeln beeinflussen

Ebenen	AL (RLT-Modell)		Begriff	Institutionen	Querliegende Kategorien
Individuum [Mikroebene]	Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen	Seine Geschlechtlichkeit leben	Arbeit	Familie	Pflege/ Kompetenz zur selbstbezogenen und auf andere Menschen bezogene Pflege
Soziale Ebene (Organisation / Institutionen) [Mesoebene]			Beruf	Bildungswesen: Allgemeinbildendes Schulsystem Berufsbildungssystem Arbeitsmarkt	
Gesellschaft [Makroebene]			Profession	Hochschulbereich Wissenschaft Arbeitsmarkt	
			Dienst-Leistung	Arbeitsmarkt Familie, Nachbarschaft, Gemeinde	
Lebensspanne (aus RLT-Modell)					
Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum (aus RLT-Modell)					
Einzigartigkeit des Lebens (aus RLT-Modell)					

Um die vielfältigen Einflüsse auf das Pflegehandeln in den Blick zu bekommen, soll im Folgenden auf das Strukturmodell des ‚Caring-Prozesses von Fisher/Tronto (1990) eingegangen werden. Es erlaubt, den Blick zugleich auf die Privat- und die Erwerbsphäre zu lenken.

⁸⁶ Rohdes Aussagen zum pflegerischen Funktionskreis sind an manchen Stellen missverständlich und widersprüchlich. Er gibt viele Hinweise darauf, dass der pflegerische Funktionskreis dem medizinischen Funktionskreis funktional untergeordnet ist. Dieser Gedanke ist von Thomas Elkeles (1985) aufgegriffen worden. Die Idee, dass beide Funktionskreise als funktional gleichwertig und aufeinander bezogen gedacht werden können, schimmert gelegentlich bei Rohde durch. Er hat sie aber trotz seiner Kenntnis der damaligen Entwicklungen der Pflege in den USA nicht weiter aufgegriffen.

4.5 PFLEGE ALS REPRODUKTIONS- UND ERWERBSARBEIT: ZUM VERSORGUNGSPROZESS

Wie in Kap. 3 und im vorangehenden Abschnitt dargelegt, handelt es sich bei der Pflege, unabhängig von wem diese ausgeführt wird, um eine anthropologische Größe, deren Bedeutung durch die bestehende gesellschaftliche Arbeitsteilung und die Aufsplittung der Arbeit in Reproduktions- und Erwerbsarbeit eher zu- als aufgedeckt wird. Die mit der Versorgung und Betreuung von Kindern, hilfsbedürftigen Personen und alten Menschen einhergehende Arbeit ist in den vergangenen Jahren unter dem Gesichtspunkt des Caring von verschiedenen Disziplinen untersucht worden. Im Bereich der Pflegewissenschaft wurde ‚Caring‘ Anfang der 1990er Jahre zum Wesen der Pflegearbeit erklärt (s. Morse et al. 1990, Bottorff 1991, ANA 2003). Dieser Begriff ist in der Pflegewissenschaft wie im feministischen Diskurs umstritten. Die verschiedenen AutorInnen betonen recht unterschiedliche Aspekte des Caring und der damit einhergehenden Arbeit. Auf eine ausführliche Darstellung der entsprechenden Literatur wird an dieser Stelle verzichtet. Hier soll der Hinweis genügen, dass in der Regel zu wenig bedacht wird, dass das ‚Caring‘⁸⁷ (als Mütterlichkeit) eine zutiefst vergeschlechtlichte Konzeption ist. Eine wichtige Errungenschaft der feministisch inspirierten Wissenschaft besteht darin, immer wieder aufgezeigt zu haben, dass Konzepte, die ausschließlich von männlichen Lebenserfahrungen abgeleitet werden, weibliche Erfahrungen weder angemessen darstellen noch empirisch aufhellen (Abel/Nelson 1990: 5). Auf die verschiedenen Positionen dieser Debatte soll hier ebenfalls nicht eingegangen werden. Die bisherige Debatte hat nach Fisher/Tronto (1990: 36) drei wichtige ‚images‘ von ‚caring‘ hervorgebracht: die selbstlose Caring-Person, die androgyne Caring-Person und die sichtbare Caring-Person. Kritisch sei, dass diese Images sich mehr auf die Handelnden fokussieren, als darauf, was *Caring als Handeln* (s. auch Hagemann-White 1997) oder als Aktivität im Kern möglicherweise ist.

Die pragmatistischen Vorstellungen zur Entstehung des Selbst lassen sich mit den Erkenntnissen feministischer Wissenschaft, wie Keith (1999) anhand des Vergleichs von Feminismus und Pragmatismus am Beispiel der ‚Ethics of Care‘ von George Herbert Mead demonstriert und wie Seigfried (1996) und Sullivan (2001) allgemein für den Pragmatismus herausgearbeitet haben, gut vereinbaren. Der gemeinsame Ausgangspunkt sind menschliche Erfahrungen in sozialen Situationen (s. Kap. 3.4.2). Im Folgenden wird der Begriff ‚Caring‘ exklusiv auf den Bereich der auf sich selbst oder auf andere Menschen bezogenen Pflege bezogen. Das Strukturmodell des Caring-Prozesses von Berenice Fisher und Joan Tronto dient hier der Formulierung von Fragen für die Analyse der pflegetheoretischen Ansätze und für die Erarbeitung von Vorschlägen, wie eine pflegetheoriegeleitete Praxis entwickelt werden kann. Es bietet die Möglichkeit, die verschiedenen Facetten des pflegerischen Handelns in den Blick zu bekommen, die nach Mead entsprechend im Lebensprozess aufzufinden sind. An dieser Stelle sei die von Davies (1995a+b) vorgenommene Unterscheidung verschiedener Formen von ‚Caring work‘ erwähnt. Hierbei handelt es sich um ‚care giving‘, ‚care work‘ und ‚professional care‘. Diese können in einer Vielzahl von zwischenmenschlichen Beziehungen und in unterschiedlichen institutionellen Arrangements zu Tage treten. Die erste Form bezieht sich auf unbezahlte Arbeit im Kontext von familiären und freundschaftlichen Beziehungen, während die beiden anderen Formen auf bezahlte Arbeit verweisen. Unter dem Begriff ‚care work‘ fasst Davies (1995b: 20) die verschiedenen Hilfs- bzw. Assistenzberufe im Gesundheits- und Sozialwesen zusammen, wohingegen mit dem Begriff ‚professional care‘ solche Berufe bzw. Professionen gemeint sind, die eine systematische und formale Ausbildung auf Hochschulebene durchlaufen haben.

Fisher/Tronto (1990: 39) verstehen Caring in einem umfassenden und sehr allgemeinen Sinn:

⁸⁷ Der Begriff ‚Caring‘ ist im Zusammenhang mit der beruflichen Pflege, aber auch im Zusammenhang mit Frauenarbeit ein Begriff, der gerne ideologisch aufgebläht wird. Darüber hinaus ist er ein eher vieldeutiger und unscharfer Begriff (s. Brechin et al. 1998, Stockdale/Warelow 2000). Erwähnenswert ist indes, dass sich in der feministischen Debatte in Bezug auf ‚Care‘/ ‚Caring‘ in jüngster Zeit auch Hinweise zur beruflichen Pflege finden (s. z.B. Feministische Studien, Extraheft „Fürsorge – Anerkennung – Arbeit. 2000, Conradi 2001). Im Deutschen werden die Begriffe Care und vor allem Caring sowohl in der pflegewissenschaftlichen Diskussion als auch in der feministisch inspirierten Wissenschaft eher mit Sorge bzw. Fürsorge übersetzt und weniger mit ‚Pflege‘ (s. Conradi 2001; Stemmer 2003; Kohlen/Kumbruck 2008).

1. „Caring spielt für das Überleben der menschlichen Gattung eine zentrale Rolle, d.h. Caring findet in einem Kontext des Überlebens statt, denn ein Leben ohne Caring würde zwangsläufig das Ende der Gattung bedeuten⁸⁸.
2. Caring ist ein soziales Unterfangen, da die damit einhergehenden Bemühungen auf das Überleben der Gattung und nicht nur auf das von Einzelnen ausgerichtet sind.
3. Caring ist aufgrund der damit verbundenen sozialen Interaktionen ein schwieriges Unterfangen, das ein Potential von Konflikten in sich birgt, da es materielle Ressourcen erfordert, die kaum oder gar nicht zu erhalten sind“.

Sie schlagen vor,

„... that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible“.

Hierbei handelt es sich um eine sehr offene Sicht. Die damit verbundenen Bemühungen zur Aufrechterhalten des Lebens und des sozialen Lebenszusammenhangs (Umwelt) unterstellen weder von vornherein, dass nur bestimmte Menschen – Männer oder Frauen – hierfür die entsprechenden Fähigkeiten haben, noch dass bestimmte Bemühungen in diesem Zusammenhang wichtiger seien als andere. Es wird auch kein bestimmter Standard unterstellt, da das im Zusammenhang mit Caring Erforderliche kontextspezifisch ist und sich je nach historischem, sozialem, klassenspezifischem oder kulturellem Kontext ändert. Die in den jeweiligen Kontexten vorherrschenden Machtbeziehungen haben Auswirkungen auf den *Inhalt* der ‚Caring-Aktivitäten‘, deren *Definition* und *Grenzen*. So gesehen ist der Prozess des Caring laut Fisher/Tronto (1990: 40) kein anmutiger oder sich angenehm entfaltender Prozess, sondern einer, der aus verschiedenen Komponenten besteht, die häufig miteinander kollidieren. Die vier Phasen des Caring-Prozesses sind:

- Caring about (sich sorgen, sich Gedanken machen um)
- Taking care of (für etwas/jemanden sorgen)
- Care-giving (etwas/jemanden pflegen)
- Care-receiving (gepflegt werden) (Fisher/Tronto 1990: 40ff).

Entsprechend seiner Allgemeinheit können im Caring-Prozess Dinge, Lebewesen oder Menschen im Mittelpunkt stehen. Bezogen auf die Pflege ist nicht nur die Aufmerksamkeit wichtig, die die Pflegenden im Caring-Prozess den zu Pflegenden widmen, sondern auch die Technologien und materiellen Dinge, die den gesamten Prozess unterstützen, begleiten oder ihn als fördernde bzw. limitierende Rahmenbedingungen formen. Mit Blick auf die Praxis ist das Caring auf ermöglichende Faktoren im Sinne spezifischer Vorbedingungen von Caring-Aktivitäten bzw. pflegerischem Handeln angewiesen. Die wichtigsten Vorbedingungen sind: *Zeit, materielle Ressourcen, Wissen und Fähigkeiten/Fertigkeiten*. In jeder der vier zuvor genannten Caring-Phasen fließen diese Faktoren in die Pflegearbeit ein, wobei die jeweilige Balance von den handelnden Personen und vom historischen und kulturellen Kontext abhängt (Fisher/Tronto 1990: 40). Im Folgenden werden die einzelnen Phasen des Caring-Prozesses beschrieben, wobei nur solche Aspekte herausgegriffen werden, die für die Analyse der pflegetheoretischen Ansätze relevant sind.

4.5.1 Caring about: Anteilnahme (Aufmerksamkeit für jemanden bzw. für etwas)

In dieser Phase geht es um die Berücksichtigung von Merkmalen in unserer Umwelt, die sich auf unser Überleben und Wohlbefinden auswirken, und darum, sich ihnen zuzuwenden. Hier gibt es kein Zeitlimit. Allerdings hängt das, worauf sich die Aufmerksamkeit richtet, von Wissen bzw. Kenntnissen ab. Im Alltagsverständnis wird der Begriff ‚Caring about‘ in enger Beziehung zu Liebe oder Zuneigung verwendet. Beides verweist auf eine mit Menschen bestehende Verbindung. Anstelle einer Motivation beschreibt es eine Orientierung, die eine Auswahl beinhaltet. Einschränkungen in Bezug auf Zeit, Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen wirken sich auf das ‚caring about‘ aus und zwingen die Betroffenen, sich für etwas zu entscheiden. Das Dilemma besteht nicht selten darin, dass es mehr Dinge gibt, um die es sich zu kümmern gelte als zu verstehen sind. Häufig gebe es

⁸⁸ Die Menschen können sich entscheiden, wie viel von ihrem Leben sie dem Caring widmen wollen, auf welche Aspekte des Caring Wert gelegt wird – auf die emotionalen, die materiellen oder das Wohlergehen -, und wie Menschen die Zusammenarbeit bei Caring-Aktivitäten mit anderen gestalten wollen usw.

deutlich mehr, um was es sich zu kümmern gelte, als worauf eingegangen werden könne. Darüber hinaus werde Frauen im Allgemeinen mehr zugemutet, als ihnen möglich ist, und sie werden oft kritisiert, wenn ihnen das nicht gelingt. Die Folge ist, dass ihr unterstelltes Versagen, sich nachteilig auf die Ausbildung einer grundlegenden Geschlechtsidentität auswirkt, auf das Versagen, weiblich, mütterlich oder eben ‚caring‘ zu sein. Die hiermit verbundenen Handlungen müssen keine sichtbaren sein (s. Fisher/Tronto 1990: 42).

4.5.2 *Taking care of* (Einleiten von Care – Aktivitäten)

In dieser Phase geht es um die Übernahme der Verantwortung für die Initiierung und Aufrechterhaltung von Care-Aktivitäten. Dies erfordert kontinuierliche Zeit und explizites Wissen in Bezug auf eine Situation. Um sich um einen Menschen kümmern zu können, muss der-/diejenige über soviel Wissen verfügen, dass er/sie das Ergebnis der Bemühungen in etwa vorhersagen oder erraten kann. Verantwortung zu übernehmen, bedeutet, auch für die Konsequenzen zur Verantwortung gezogen zu werden. Die zentrale Fähigkeit dieser Phase besteht im Urteilsvermögen darüber, welche der verschiedenen möglichen Handlungswege eingeschlagen werden sollen. Dies setzt eine Beurteilung der verfügbaren Ressourcen voraus. In der Idee des ‚taking care‘ ist eine Einschätzung von Macht enthalten, d.h. in der Lage zu sein, nicht nur Ressourcen zu berechnen, sondern über sie zu verfügen. Und genau an diesem Punkt wird der tiefgreifendste Widerspruch des ‚taking care‘ offenbar. Er besteht in der Asymmetrie zwischen Verantwortung und Macht. Wo die Verantwortung groß, aber die Macht gering ist, wird von den Betroffenen (Frauen) erwartet, dass sie die Defizite innerhalb des Caring Prozesses kompensieren (s. Fisher/Tronto 1990: 43).

4.5.3 *Care-giving* (die konkrete Arbeit)

In dieser Phase geht es um die konkrete Arbeit der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung unserer Welt. Care-giving erfordert einen kontinuierlicheren und dichteren Zeiteinsatz als die vorherigen Phasen. Entsprechend setzt das Wissen, welches zum Care-giving erforderlich ist, ein eher detailliertes als alltägliches Verständnis voraus. Es kann sein, dass diejenigen, die die Verantwortung für die Pflege übernehmen, den Pflegeplan periodisch abändern müssen. Es bedarf einer gewissen Flexibilität, um die Strategien von Moment zu Moment, von Tag zu Tag an die sich ändernden Zustände anzupassen. Um diese Änderungen vorzunehmen, bedarf es der Erfahrung, gewisser Fähigkeiten und nicht zuletzt auch eines Urteilsvermögens. Des Weiteren benötigt der/die Pflegenden gewisse grundlegende Ressourcen, um seine Fähigkeiten anbringen zu können. Auch wenn er/sie in Bezug auf die Ressourcen sehr geschickt improvisieren kann, verlangt wahre Geschicklichkeit, erfinderisch zu sein. Die Improvisation hat aber ihre Grenzen (s. Fisher/Tronto 1990: 43f).

4.5.4 *Care-receiving*: (gepflegt werden / Pflege erhalten)

Die Phase des Empfangens und Erhaltens von Pflege kann definiert werden als die Antwort dessen, an den die Pflege gerichtet ist. Da Pflege immer ein Handeln in Bezug auf etwas bzw. auf jemanden ist, gibt es immer eine Reaktion darauf, auch wenn diese nicht absichtlich gegeben, bzw. bewusst oder menschlich nachvollziehbar sein muss. Die Antworten derjenigen, die Pflege erhalten, werden auch durch ermöglichende Faktoren in einer Pflege- bzw. Versorgungssituation bedingt. So haben bspw. Pflegeempfänger ihren eigenen Zeitrahmen und verfügen über intimes Wissen bezüglich ihres Pflegebedarfs, weil sie es sind, die die Pflege an sich erfahren. Übernehmen die Menschen die von ihnen benötigte Pflege selbst, dann müssen sie sich pflegerische Fähigkeiten aneignen bzw. selbst beibringen. Paaren oder organisierten Gruppen von PflegeempfängerInnen gelingt es gelegentlich, die Ressourcen für ihre Pflege zu mobilisieren und sich diese Pflege gegenseitig zu geben. Aber auch hier wird die Fähigkeit der PflegeempfängerInnen, Gebrauch von solchem Wissen und solchen Fähigkeiten zu machen, durch die verfügbaren Ressourcen begrenzt. Selbst da, wo dieselben vorhanden sind, kann es u.U. sein, dass bei gewissen Erfordernissen denselben nur mit Hilfe eines Pflegenden entsprochen werden kann. Somit können auch solche Strategien zur eigenen Pflege nicht gänzlich den Konflikt zwischen Pflegenden und Pflegeempfängern vermeiden (s. Fisher/Tronto 1990: 44ff).

Gewisse Konflikte zwischen Pflegenden und Pflegeempfängern sind unvermeidlich. Letztere haben nicht selten eine Vorstellung von einer idealen Situation, wonach der Pflegende automatisch ihren Erfordernissen als Empfänger der Pflege entspricht. Eine Übereinstimmung herzustellen bei der Definition der Bedürfnisse/Erfordernisse, die sowohl die Sichtweise der Pflegenden als auch die der Pflegeempfänger zufrieden stellt, ist alles andere als leicht. Die Schwierigkeit, hier zu einem Einvernehmen zu gelangen, nimmt mit Machtunterschieden noch zu. Machtbeziehungen bestimmen die Definition von Erfordernissen häufig so, dass sie mit dominanten Vorstellungen und Interessen übereinstimmt, während die Pflegeempfänger wenig Kontrolle darüber zu haben scheinen, wie ihre Erfordernisse im Caring Prozess definiert werden. Darüber hinaus werden Konflikte zwischen Pflegenden und Pflegeempfängern durch die Art, wie Frauen in Beziehung zum Caring-Prozess stehen, häufig noch verstärkt. Trotz des Bildes der Frau als natürliche Pflegende werden Frauen häufig als ignorant angesehen und als nicht fähig, die Verantwortung für ihren eigenen Caring-Prozess zu übernehmen (Fisher/Tronto 1990: 44f).

Was den Caring-Prozess betrifft, wird dieser in kapitalistischen Gesellschaften laut Fisher/ Tronto (1990: 46) auf drei Weisen konzeptualisiert und organisiert, und zwar über den Haushalt/die Gemeinschaft, über den Markt und über die Bürokratien. Alle drei Schauplätze wirken auf unterschiedliche Weise auf den Caring-Prozess ein, indem sie einmal die Integration, zum anderen Konflikte zwischen den Caring-Phasen befördern. Jede Form wirkt dabei auf die anderen, da sich diese Formen auf verschiedene Art und Weise durchdringen. Dies ist die Verbindung zur Bedingungsmatrix von Strauss/Corbin (1996: 132ff), die zur Vervollständigung des Analyse Rahmens im letzten Schritt vorgestellt werden soll.

4.6 DIE BEDINGUNGSMATRIX

Die Matrix entstammt der Methodologie der Grounded Theory. Sie soll hier als heuristisches Mittel zum Einsatz gebracht werden. Sie erlaubt, die zu analysierenden pflegetheoretischen Ansätze aus einer Innen- und einer Außenperspektive im Kontext von konkreten Handlungssituationen zu beleuchten. Im Kontext der Grounded Theory bietet die Bedingungsmatrix einen Bezugsrahmen, auf den die verschiedenen Techniken und Verfahrensweisen bezogen werden können. Die Methodologie der Grounded Theory⁸⁹ ist grundsätzlich auf sämtliche in einer Gesellschaft vorgefundenen Gegenstände und Phänomene anwendbar, somit auch auf Texte unterschiedlichster Art (s. Strauss/Corbin (1996: 133). Corbin/Strauss (2008: 21) unterscheidet unterschiedliche Quellen, aus denen eine Forschungsfrage resultieren kann. Mein Interesse, das RLT-Modell auf der Basis pflegetheoretischer Ansätze und empirischer Befunde in handlungstheoretischer Hinsicht weiter zu entwickeln, entstand – wie in Kap. 1 skizziert – aus der Erfahrung mit der praktischen Umsetzung dieses Modells und aus der Auseinandersetzung mit entsprechenden pflegetheoretischen Ansätzen. Hierbei ist deutlich geworden, dass pflegerische Entwicklungen nicht losgelöst von den entsprechenden Situationen, von der Art der Pflege und dem, was hierunter verstanden wird, erfolgen. Gezielte Veränderungen in der Pflege haben Auswirkungen auf dieselbe. Wie der Gang dieses Kapitels illustriert, wirken sich Veränderungen in der Pflege auf mehreren Ebenen aus. Sie berühren bestehende Arbeitsarrangements und damit auch Machtverhältnisse. Mit Hilfe der Bedingungsmatrix wird es möglich, einzuschätzen, welche Veränderungen auf welchen Ebenen notwendig sind. Eine Vorstellung hiervon bietet die Möglichkeit, diesen Veränderungsprozess entsprechend zu gestalten.

Alle Phänomene sind, wie in der vorliegenden Arbeit das Selbst, das Selbstkonzept und das Körperbild eines Menschen, im Kontext eines auf sich selbst bezogenen pflegerischen Handelns und/oder in Bezug auf die Pflege

⁸⁹ Sie ist ein Instrument oder auch Mittel, das in ein Paradigma eingebettet ist. Dieses kann Forschende dabei unterstützen, die vielfältigen Beziehungen, die zwischen den aus den Daten zu entwickelnden Konzepten bestehen, herauszufiltern. Unter dem Begriff ‚Paradigma‘ ist nach Corbin/Strauss (2008: 89) eine Perspektive bestehend aus einem Satz von Fragen zu verstehen. Diese Fragen können bei der Analyse qualitativer Daten angewendet werden. Sie helfen dem Forscher/der Forscherin, kontextuelle Faktoren aus ihren Daten herauszufiltern sowie die Beziehungen zu identifizieren, die zwischen Kontext und Prozess bestehen.

eines anderen Menschen und die damit verbundenen Handlungen/Interaktionen in Sätze von Bedingungen eingebettet. Das pflegerische Handeln führt zu spezifizierbaren Konsequenzen. Diese können wiederum selbst zu einem Bestandteil von relevanten Bedingungen werden, die auf die nächste Handlungs-/Interaktions-Abfolge einwirken.

Bei der aus mehreren Kreisen (Abb. 4.5) bestehenden Bedingungsmatrix entspricht jeder Kreis verschiedenen Aspekten der uns umgebenden Welt. In den äußeren Ringen befinden sich jene Bedingungsmerkmale, die von der untersuchten Handlung/Interaktion, d.h. von der Pflege am weitesten entfernt sind und auf die die/der zu Pflegenden wenig Einfluss hat. Die inneren Kreise beziehen sich auf die Bedingungsmerkmale, die direkt auf das pflegerische Handeln, im Sinne der Handlungs-, Interaktions-Abfolge einwirken (Strauss/Corbin 1996: 135). Jede Bedingung innerhalb der Matrix besitzt die Eigenschaften *Zeit* (durch Zeitverlauf) und *Ort* (Lage innerhalb der Matrix). Man kann jedes Phänomen auf jeder Ebene der Matrix untersuchen (z. Bsp.: theoriegeleitetes Pflegehandeln). Unabhängig von der Ebene, auf der ein Phänomen lokalisiert ist, muss das Phänomen in einer bedingenden Beziehung zu darüber und darunter liegenden Ebenen und auf der eigenen Ebene stehen.

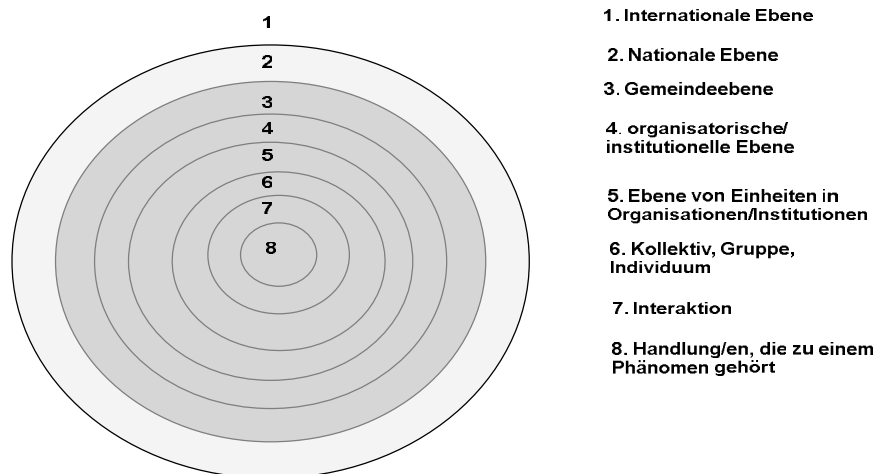


Abb. 4.9: Bedingungsmatrix

Strauss/Corbin beschreiben im Weiteren allgemeine Merkmale der Matrixebenen. Die äußerste Ebene ist die internationale Ebene, die zweite die nationale und die dritte die Gemeindeebene. Weiter folgen die organisatorischen und institutionellen Ebenen. Jede Ebene besitzt ihre eigene Struktur, Regeln, Probleme und Geschichten. Ein weiterer Kreis stellt die Ebene von Untereinheiten in Organisationen/Institutionen wie z.B. des Krankenhauses dar. Zu diesen Untereinheiten rechnen z.B. die besonderen Merkmale einer Abteilung, einer Krankenstation etc. Sodann folgt die Ebene von Kollektiven, Gruppen und Individuen. Diese Ebene beinhaltet Biographien, Philosophien, Wissen und Erfahrungen von Einzelpersonen, familiären und anderen Gruppierungen. Danach kommt die **interaktionale Ebene**. Unter Interaktionen verstehen Strauss/Corbin (1996: 137), dass Menschen Dinge in Bezug auf ein Phänomen, hier die Pflege des eigenen Selbst und Körpers, bzw. eines anderen Menschen oder mit Bezug aufeinander tun. Hierzu zählen alle Handlungen, Gespräche und Gedankenprozesse, die dieses Tun – die Pflege – begleiten, sowie Dinge, die allein getan werden, und eine Interaktion in Form von Selbstreflexion und Kontakt mit anderen voraussetzen, um Rat und ggf. Unterstützung zu erhalten. Die hierbei stattfindenden Interaktionen erfolgen durch interaktionale Prozesse, zu denen die Autoren das Aushandeln oder Beherrschen, das Unterweisen, die Diskussion, Streit oder Selbstreflexion zählen.

Im Zentrum der Matrix steht das Pflegehandeln, das strategische wie das Routinehandeln. Diese Ebene stellt die aktive, expressive Vollzugsform des Selbst und/oder der Interaktion mit anderen Menschen dar. Diese wird beim Umgang mit einem Phänomen ausgeführt, um mit diesem umzugehen, auf es zu reagieren usw. Handeln voll-

zieht sich in Handlungsprozessen, die mit interaktionalen Prozessen verwoben sind und sich zu einer Einheit fügen. So beinhaltet etwa der Begriff ‚Arbeitsteilung‘, der sich auf einen Handlungsprozess zum Ausführen der pflegerischen Arbeit bezieht, weit mehr als den Umstand, dass verschiedene Leute unterschiedliche Aufgaben für ein gemeinsames Ziel übernehmen (Strauss et al. 1985). Dieser Prozess umfasst darüber hinaus auch die Aushandlungen und Diskussionen, die Legitimationen von Grenzen und anderes mehr, die gebraucht werden, um diese Arbeitsteilung überhaupt zu erreichen, sie aufrechtzuerhalten und die entsprechenden Aufgaben auszuführen (s. auch Strauss 1993: 61f). Mit Blick auf die Praxis, in der das modifizierte RLT-Modell zu Anwendung kommen soll, sollen die daraus resultierenden Konsequenzen durch das Verfolgen von Bedingungspfaden abgeschätzt werden, um Vorschläge für Strategien der Umsetzung und für das Schaffen entsprechender Rahmenbedingungen zu erarbeiten.

4.7 ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Kapitel wurde das pflegerische Handeln vor allem aus der Perspektive des beruflichen/professionellen Handelns gesehen. Hierbei wurde die Notwendigkeit aufgezeigt, dass der Arbeitsbegriff weiter gefasst werden muss. Die in diesem Kapitel beleuchteten Aspekte von Arbeit, Beruf, Profession und personenbezogenen Dienstleistungen bilden den Rahmen, innerhalb dessen die im Folgenden vorzustellenden pflegetheoretischen Ansätze von Hildegard Peplau, Callista Roy und Imogene King nach Anknüpfungspunkten für die im Anschluss daran zu leistende handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells befragt werden. Im Mittelpunkt stehen die in diesen Ansätzen behandelten Konzepte des Selbst, Selbstkonzepts und Körperbilds. Diese werden in einem ersten Schritt anhand der nachstehenden Fragen rekonstruiert:

- Welche Vorstellungen von Pflege sind entwickelt worden?
- Welcher Stellenwert kommen dem Selbst, dem Selbstkonzept und dem Körperbild bzw. dem Körper zu, d.h. welche Erkenntnisse werden hierzu gewonnen: Merkmale, Inhalte etc.?
- Welche Schlüsse sind hieraus für die Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung zu ziehen?
- In welcher Beziehung stehen diese Begriffe zum pflegerischen Handeln?
- Wie wird Pflege als Handeln bzw. Arbeit thematisiert?
- Welche Schlussfolgerungen ergeben sich hieraus für die Gestaltung der Arbeit, der Arbeitsbeziehung, der Arbeitsumgebung und für die handelnden Personen?
- Welche Rolle kommt dem Geschlecht zu?

Hierzu werden wichtige Arbeiten der drei Pflgeetheoretikerinnen herangezogen. In einem zweiten Schritt werden die gewonnenen Erkenntnisse unter der Prämisse, dass pflegerisches Handeln nicht losgelöst vom menschlichen Lebensprozess betrachtet werden kann, sowie vor dem Hintergrund der Vorstellungen zu Professionen und personenbezogenen Dienstleistungen diskutiert. In diesem Zusammenhang werden der medizinische und der pflegerische Funktionskreis als Container für die jeweiligen Wissenssysteme betrachtet. Hierbei wird unterstellt, dass aus den pflegetheoretischen Ansätzen Hinweise für die Bearbeitung pflegerischer Fragestellungen und für die Entwicklung entsprechender Kompetenzen und Methodologien abgeleitet werden können, auf die im konkreten Handeln zurückgegriffen werden kann. Bezüglich der beschriebenen Phasen des Caring-Prozesses interessiert, welche der Phasen, welcher Kontext und welche besonderen Caring-Aktivitäten in den Theorien explizit oder implizit angesprochen werden, was Beachtung findet und was außen vor bleibt. Die Konfrontation der gewonnenen Ergebnisse mit den beschriebenen Phasen des Caring-Prozesses bietet die Chance, kritische Punkte in Bezug auf die Konzepte Selbst, Selbstkonzept und Körperbild zu erfassen, deren Beachtung für die Förderung eines positiven Selbst, Selbstkonzepts und Körperbilds zielführend sein könnten. Mit der Bedingungsmatrix als heuristisches und sensibilisierendes Instrument können in Kap. 8 im Anschluss an die Reformulierung des RLT-Modells die Wirkung, die der neue Inhalt des pflegerischen Funktionskreises im konkreten Interaktionshandeln entfaltet, sowie daraus resultierende mögliche Konsequenzen für den medizinischen Funktionskreis untersucht und hinsichtlich ihres Einflusses auf das berufliche Selbst und Selbstkonzept abgeschätzt werden. Somit stehen für die im zweiten Teil dieser Arbeit vorzunehmende Analyse der pflegetheoretischen Ansätze folgende Perspektiven zur Verfügung:

- das Wissenssystem, mit dem der **pflegerische Funktionskreis inhaltlich gefüllt** und in der Folge auch **praktisch ausgefüllt** werden kann
- das Wissenssystem, mit dem der **Zuständigkeitsbereich der Pflege als Profession** theoretisch begründet werden kann
- das Wissenssystem, aus dem **Methodologien und Handlungsstrategien** für die Gestaltung der pflegerischen Dienstleistungssituation abgeleitet werden können
- das Wissenssystem, mittels dessen die **zwischen medizinischem und pflegerischem Funktionskreis bestehende Beziehung einer kritischen Reflexion** unterzogen sowie Vorschläge für eine **Neuausrichtung** erarbeitet werden können.

In Abbildung 4.9 wird der erarbeitete Rahmen grafisch dargestellt. Auf diesen Rahmen wird im abschließenden dritten Teil dieser Arbeit zurückgegriffen.

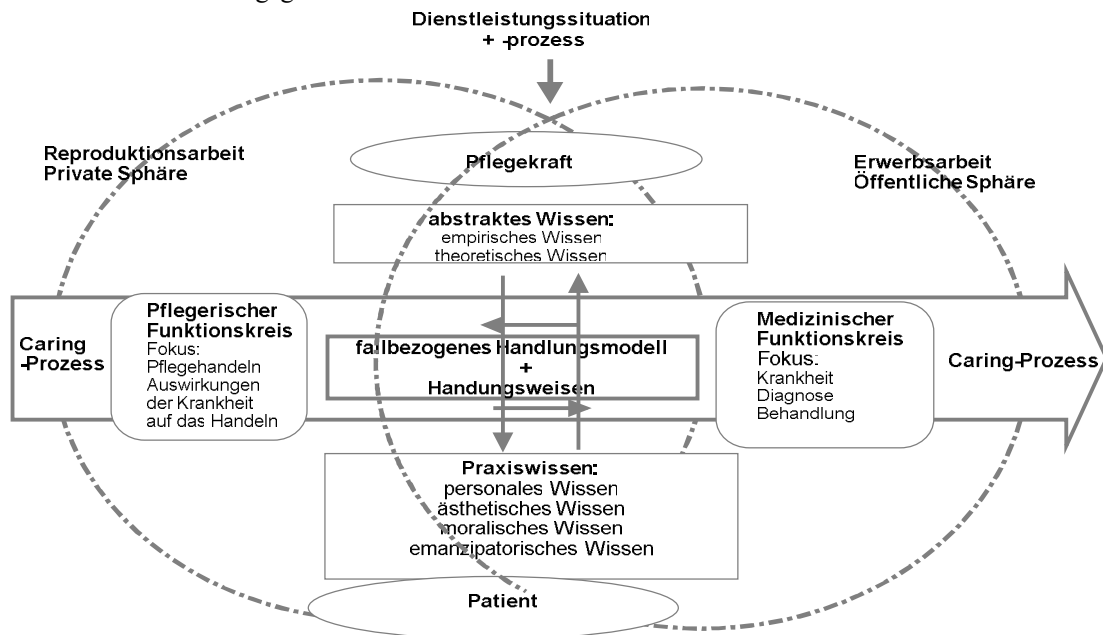


Abb. 4.10: Analyserahmen

TEIL II

THEORETISCHER TEIL II

5. HILDEGARD PEPLAU¹: INTERPERSONALE BEZIEHUNGEN IN DER PFLEGE

Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, in einem ersten Schritt eine Antwort auf die in Kapitel 4 formulierten Fragen zum Selbst, Selbstkonzept und Körperbild zu geben. Dies geschieht, indem nachgezeichnet wird, wie diese Begriffe in den theoretischen Vorstellungen von Hildegard Peplau aufgegriffen worden sind. Bei dieser Rekonstruktionsarbeit wird zugleich überprüft, welche Anregungen und Anknüpfungspunkte sich aus Peplaus Vorstellungen für eine handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells ergeben. Die Ergebnisse werden am Ende des Kapitels zusammengefasst, wobei auch auf die anderen in Kapitel 4 formulierten Fragen eingegangen wird.

Hildegard Peplau hat die Begriffe Selbst und Selbstkonzept in ihrem 1952 erschienenen Buch *Interpersonal Relations in Nursing*² als relevante Konzepte in die Pflege eingeführt³. Sie unternahm darin den Versuch, die Pflege als eine *interpersonale* oder zwischenmenschliche Beziehung theoretisch zu begründen. Dafür griff sie auf das vorhandene Wissen verwandter Disziplinen wie Psychiatrie, Psychologie oder Sozialwissenschaften zurück. Ihre Leistung bestand darin zu zeigen, wie die zunächst in anderen Disziplinen entwickelten Konzepte auf die Pflege bezogen werden konnten und welche Bedeutung ihnen in einem pflegerischen Kontext zukam. Mit ihren Vorstellungen zur Pflege leitete Peplau einen Perspektivenwechsel von einer *„science of doing“*⁴ zu einer *„science of knowing“* ein.

Peplau machte sich dabei zentrale Einsichten zunutze, wie sie zuvor von Harry Stack Sullivan⁵ in seiner ‚Interpersonalen Theorie der Psychotherapie‘ formuliert worden waren. Er war sich sehr früh der Bedeutung bewusst, die dem Pflegepersonal für den Behandlungsverlauf zukommt. Er trug dieser Erkenntnis in einer von ihm konzipierten Aufnahmestation in Sheppard Pratt⁶ Rechnung, dem Krankenhaus, an dem er seine erste Anstellung als

¹ Hildegard Peplau wurde am 01. September 1909 in Reading Pennsylvania, USA, geboren. Sie starb am 17. März 1999 in Sherman Oaks, California.

² Hier wird auf die deutsche Übersetzung (1995) der Originalfassung von 1988 zurückgegriffen.

³ Die Arbeit an dem Buch war 1948 abgeschlossen. Es dauerte aber einige Jahre bis die Arbeit veröffentlicht wurde. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass Peplau nicht bereit war, ihre Arbeit unter dem Namen eines Arztes zu veröffentlichen. Ebenso wenig war sie bereit, zentrale Aussagen ihres Textes zu verändern (persönliches Interview MMK mit Peplau am 8.5.1990, Peplau 1992a: 53, Boling 2003, Silverstein 2003).

⁴ Ein Beispiel für diese Form von Wissenschaft ist nach Peplau (1992a) der Ansatz von Nightingale. Sie legte ihren Fokus auf das, was eine Pflegekraft tun sollte. Peplau setzte sich hiermit im Rahmen der Entwicklung eines akademischen Studiengangs in psychiatrischer Pflege intensiv auseinander.

⁵ Harry Stack Sullivan (1892-1949) war Psychiater. Es ist schwer, Sullivan eindeutig einer bestimmten Richtung innerhalb der Psychoanalyse und/oder der Psychologie zuzuordnen. Wyss (1991) z.B. ordnet ihn den Neopsychoanalytikern zu; Evans (1996) beschreibt ihn als Begründer einer psychodynamischen/psychoanalytischen Denkrichtung, die auch als interpersonale Psychiatrie oder interpersonale Psychoanalyse bezeichnet wird, und Lindesmith et al. (1999) rechnen ihn den ‚psychosocial developmentalists‘ zu. Peplau hatte Sullivan in den 30er Jahren in Chestnut Lodge, einem psychiatrischen Krankenhaus in Bethesda, Maryland, kennengelernt. Dort hatte sie Gelegenheit, an seinen klinischen Seminaren teilzunehmen, wo sie u.a. auch mit Frieda Fromm-Reichmann und anderen Vertretern der damaligen amerikanischen Psychiatrie und verwandter Disziplinen zusammentraf (s. Sills 1998, Callaway, 2002, Boling 2003). Darunter Edward Sapir, ein Ethnologe und Sprachwissenschaftler. Dieser hatte Sullivan mit der Chicagoer Schule - Cooley, Mead, Dewey, Thomas - bekannt gemacht. Der Einfluss dieser Denkschule ist bei Peplau ebenso wie bei Sullivan nicht zu übersehen. Er schlägt sich u.a. im Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung, der Kommunikation, von interpersonalen Interaktionen/Situationen sowie im Konzept des Selbst nieder (s. Evans 1996, Lindesmith et al. 1999, Conci 2005).

⁶ Sheppard und Enoch Pratt gehörten zu den vier psychiatrischen Krankenhäusern, die Anfang des 20. Jh. (etwa um 1910) schon eine Weiterbildung (post-graduate course) in psychiatrischer Pflege anboten. Schon damals bildeten sich erste Ansätze einer Arbeitsrolle der psychiatrischen Pflegekräfte heraus (s. Peplau 1982: 16f). So vertrat Richards, eine Ärztin, in den zwanziger Jahren die Auffassung, dass die Pflegekraft nicht für den Arzt, sondern dass Pflegekraft und Arzt miteinander arbeiten sollten. Um eine - von ihr als Kunst verstandene - professionelle Pflege in den verschiedenen Institutionen (Krankenhäuser, private Pflege, öffentliche Gesundheitspflege) betreiben zu können, müsse sich die Pflegeausbildung auf die Untersuchung zwischenmenschlicher Beziehungen richten. Eine ähnliche Forderung wurde von einigen Ärzten aufgestellt. Die Bedeutung der Rolle der Pflegekraft in der psychiatrischen Behandlung wurde sowohl von einigen Ärzten als auch von einigen Pflegekräften gesehen und mit Begriffen wie ‚die Pflegekraft als therapeutischer Agent‘ umschrieben. Insofern griff Sullivan Erkenntnisse seiner Zeit aktiv auf (s. Peplau 1982: 22f).

Psychiater in verantwortlicher Stellung hatte. Darauf, dass das Pflegepersonal eine wichtige Rolle in der stationären psychoanalytischen Behandlung spielt, hatte in Deutschland zur gleichen Zeit, etwa um 1927 Ernst Simmel, ein Berliner Psychiater hingewiesen. Anders als Sullivan, der der Pflege eine therapeutische Funktion zuwies, sah Simmel im Pflegepersonal lediglich ein Beobachtungsorgan bzw. einen Datenlieferanten (s. Simmel 1928: 361). Peplau wandte Sullivans Ideen konsequent auf die Pflege und auf pflegerische Phänomene an.

5.1 AUSGANGSSITUATION

Ihre in der Psychiatrie gemachten Erfahrungen sowie ihr in verschiedenen Studiengängen⁷ erworbenes Wissen, dazu die Einbeziehung des (damaligen) Wissensstandes und des Wissens der für die Pflege wichtigen Disziplinen sowie nicht zuletzt die Untersuchung klinischer Fallbeispiele lieferten Peplau das Material, aus dem sie ihre zentralen theoretischen Konzepte herleitete und empirisch untermauerte. Die in ihrem Buch vorgestellten theoretischen Konzepte hat sie in nachfolgenden Arbeiten weiter ausgearbeitet und um neue ergänzt. Auch wenn Peplaus Interesse schwerpunktmäßig im Bereich der psychiatrischen Pflege lag, war sie davon überzeugt, dass die hier gewonnenen Erkenntnisse auf alle Praxisfelder der Pflege übertragen werden könnten.

Die Kommunikation mit dem Patienten ist die Voraussetzung für das Ingangsetzen und Aufrechterhalten des interpersonalen Prozesses (s. auch Reed 1996: 71). Die von Peplau vorgestellten Konzepte ermöglichen der Pflegekraft ein personenbezogenes statt eines krankheitsbezogenen Herangehens (s. Sills 1999/78, O'Toole/Welt 1989, Peplau 1996/1997).

Peplau sieht in der ‚interpersonalen Theorie‘ Sullivans einen geeigneten Ausgangspunkt zur Entwicklung eines pflegerischen Wissenssystems. Es stellt eine Synthese aus biologischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen dar und bietet Erklärungsansätze zum Verständnis der Interaktion, d.h. der wechselseitigen Beziehungen zwischen Menschen in einer bestimmten Situation. Es ermöglicht, pflegerische Situationen bewusster wahrzunehmen und einfühlsamer darin zu handeln, als es ohne dieses Wissen möglich wäre. Diese Theorie zeigt den Unterschied

- zwischen einem Mit-Handeln (co-acting) und einem wechselseitig aufeinander bezogenen Handeln (interacting)
- zwischen der Nähe und dem Kontakt zu einem Patienten und einem Mit-ihm-in-Beziehung-Treten, was bedeutet, die Situation aus der Perspektive des Patienten verstehen zu lernen
- zwischen nebeneinander herlaufenden und aufeinander bezogenen Handlungen.

Ferner gibt die interpersonale Theorie Aufschluss über ein für die psychiatrische Pflege wichtiges Konzept, das der ‚Verbundenheit‘ (s. Peplau 1954 in O'Toole/Welt 1989: 9).

Eine professionelle Pflege ist hinsichtlich des Verständnisses der zugrundeliegenden Situation auf eine eigene handlungsleitende Theorie sowie auf entsprechende Konzepte angewiesen. Peplau siedelt die für die Gestaltung der Pflegepraxis benötigten Konzepte auf vier Ebenen an:

1. „Konzepte, die der Pflegekraft die generischen Wurzeln der gegenwärtigen *Lebensmuster* verstehen helfen, die sowohl die Pflegekraft wie auch der Patient nutzen
2. Konzepte, die der Pflegekraft helfen, die *strukturellen Aspekte einer Situation* zu erfassen
3. Konzepte, die die Pflegekraft in die Lage versetzen, *die* in der aktuellen Pflegekraft-Patient-Begegnung *in Gang befindliche Dynamik*, d.h., ihre Bedeutung und ihre Zielrichtung (Absichten) zu benennen und einzuschätzen

⁷ Peplau machte ihr Examen als Krankenschwester 1931 an der Krankenpflegeschule des Pennsylvania Hospitals. Sie erhielt ihren BA in Interpersonaler Psychologie 1943 am Bennington College, ihren MA in der Fachrichtung psychiatrische Pflege 1947 am Teachers College der Columbia University, New York, sowie ihren Ed.D in Pflegebildung 1953 ebenfalls am Teachers College (s. Reed 1996: 55f).

4. ein Grundstock *richtungsweisender Konzepte*, die der Pflegekraft eine Leitlinie geben, wie sie sich in pflegerischen Situationen mit den Patienten von einer Nähe zu einem Kontakt bis hin zur Aufnahme einer Beziehung (,intouchness' or ,relatedness') bewegen kann“ (Peplau 1954 in O'Toole/Welt 1989: 10).

Pflegetheorien oder theoretische Konzepte tragen zum Verständnis einer Spannweite von menschlichen Phänomenen, psychosozialen Schwierigkeiten u.a.m. bei. Innerhalb ihres theoretischen Bezugsrahmens der interpersonellen Beziehungen arbeitete Peplau zentrale Konzepte wie das Konzept der Wechselseitigkeit, das der Phasenbezogenheit, das der Bedürfnisse und Stufen der Angst und das des interpersonellen Lernens heraus (s. auch Sills/Beeber 1995: 40). Weitere wichtige und von Peplau auf pflegerische Phänomene bezogene Konzepte sind das Selbst, die Angst, die Einsamkeit, die Halluzination u.a.m. Diese Konzepte werden innerhalb von Prozessen und Beziehungen gedeutet. Peplau begreift die pflegerische Situation, den Kontakt zwischen Pflegekraft und Patient als eine sich entwickelnde Situation. Zu ihrer 1952 veröffentlichten Arbeit merkt sie (Peplau 1992a: 56) vierzig Jahre später selbstkritisch an, dass es ihr in dieser Arbeit noch nicht gelungen sei, die von ihr gemeinten Prozesse explizit zu benennen, zu beschreiben und zu erklären. Sie weist aber darauf hin, dass der Prozess der Persönlichkeitsentwicklung ein ihrer ganzen Arbeit zugrundeliegender Prozess ist. Die Pflege ist danach auf Theorien der Persönlichkeitsentwicklung angewiesen sowie auf phasenbezogene Konzepte und zunehmend auf multiethnische Konzepte⁸ (s. Peplau 1996: 3). Das hier im Mittelpunkt stehende Konzept des Selbst, d.h. die Herausbildung des Selbst und des Selbstkonzepts sieht sie als Ergebnis des Prozesses der Persönlichkeitsentwicklung, bei dem es sich um eine lebenslange Entwicklung handelt, die fortwährend innerhalb interpersoneller Beziehungen stattfindet.

5.2 GRUNDLEGENDE ANNAHMEN

Ausgangspunkt der Überlegungen Peplaus ist die interpersonale Situation, d.h. die pflegerische Situation. Wichtige Merkmale dieser Situation sind

- die Pflegekraft
- der Patient⁹
- sowie alles, was sich zwischen ihnen in der konkreten Situation ereignet (s. Peplau 1995, Peplau 1954 in O'Toole/Welt 1989: 5).

Was zwischen Patient und Pflegekraft geschieht, kann als Pflegeproblem bzw. -bedarf bezeichnet werden, als Bedarf des Patienten oder auch als Thema innerhalb der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient (s. ebenda: 6). An anderer Stelle unterstreicht sie die Hauptelemente in einer Pflegekraft-Patient-Beziehung. Dies sind zwei Menschen, zum einen der Patient, zum anderen die Pflegekraft. Als weitere Elemente nennt sie die professionelle Expertise und den pflegerischen Bedarf des Patienten (s. Peplau 1992b: 14). Die Notwendigkeit, sich mit dem Geschehen zwischen Pflegekraft und Patient auseinanderzusetzen, ergibt sich für Peplau aus dem Umstand, dass das pflegerische Handeln Auswirkungen auf den Patienten und somit auf seinen Gesundheitszustand im weitesten Sinn hat (Peplau 1989 in O'Toole/Welt 1989: 273). Peplau richtet von daher ihre Aufmerksamkeit auf die in der pflegerischen Situation und in der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft ablaufenden interpersonellen und intrapsychischen Prozesse. Jeder menschlichen Erfahrung - sei es im Denken, Fühlen und Handeln -, wohnen intrapsychische Prozesse inne, die in der Interaktion zwischen Menschen, d.h. in ihren Beziehungen wechselseitig in Form von Erwartungen, Vorurteilen, Wünschen und Begierden sowie in Form von Gefühlen wirksam werden. Das Zusammenspiel von Gedanken, Gefühlen und Handlungen der an einer Situation beteiligten Personen bestimmt, was zwischen ihnen vorgeht. Der Umstand, dass intrapsychische Vorgänge der einzelnen Men-

⁸ In dem von mir am 8 Mai 1990 geführten Interview mit Peplau gab sie zu verstehen, dass insbesondere das Konzept der ,needs' einer Überarbeitung bedürfe und dass sie ihre Arbeit heute aus dem Blickwinkel feministischer Theorien einer Überprüfung unterziehen würde. Der Begriff ,needs' hat viele Bedeutungen. Er kann folgendermaßen übersetzt werden: Bedarf, Bedürfnis, Bedürftigkeit, Erfordernis, Nachfrage, Entbehrung, Not, Notlage, Notwendigkeit (s. www.dict.leog.org). Ich werde diesen Begriff mit Bedürfnis, Bedarf und Erfordernis übersetzen.

⁹ Der Begriff ,Patient' ist nicht auf das Individuum beschränkt. Er kann sich auch auf mehrere Personen, eine Familie oder eine Gruppe von Menschen beziehen.

schen in ihren Beziehungen zu anderen Menschen wirksam werden, macht es erforderlich, die Qualität der Interaktionen und Beziehungen näher zu bestimmen (s. Peplau 1954 in O'Toole/Welt 1989: 5). Es geht um die Bestimmung der Konzepte und Prinzipien, die dieser spezifischen Beziehung zugrunde liegen. Die Kenntnis derselben könnte die professionelle Pflegekraft befähigen, diese Situationen so zu gestalten, dass sie für die hieran beteiligten Personen zu einer ‚Lernerfahrung‘ wird (vgl. Peplau 1995: 15). In einer ihrer letzten Veröffentlichungen macht Peplau (1997: 162) deutlich, dass der Begriff ‚Beziehungen‘ auf weitere Phänomene verweist und zwar auf Anschlüsse/Verbindungen (connections), Verflechtungen/Verknüpfungen (linkages), Fesseln/Bindungen (bonds) oder Muster. Diese Phänomene entwickeln sich in diesen Beziehungen und sind innerhalb derselben identifizierbar.

Mehr als vierzig Jahre nach der Veröffentlichung ihres Buches ist Peplau nach wie vor davon überzeugt, dass

„der größte Anteil der pflegerischen Arbeit in der Interaktion zwischen Pflegekräften und Patienten erfolgt. Die Patienten neigen dazu, innerhalb dieser zwischenmenschlichen Kontakte mit Pflegekräften ihre monotonen Schwierigkeiten und ihre Reaktionen auf ihren jeweiligen Gesundheitszustand auszuleben. Die Pflegekraft-Patient-Beziehung ist ein interpersonales Feld, dessen Daten innerhalb dieser Dyade als Grundlage für ein besseres Verständnis des Selbst und des Lernens untersucht werden können“ (Peplau 1996: 4, 1997: 162).

In diesem Kontext diskutiert Peplau die oben genannten Konzepte. Bei ihren Überlegungen geht sie von der grundlegenden Annahme aus,

„dass die besondere Person, zu der jede Pflegekraft wird, sich grundsätzlich darauf auswirkt, was der Patient im Verlauf der Pflege aus seiner Erfahrung mit einer Krankheit lernt“

„dass die Aufgabe der Pflege und der Pflegeausbildung in einer die Reife fördernden Entwicklung der Persönlichkeit (besteht); dies setzt die Anwendung von Prinzipien und Methoden voraus, die den Prozess des Ringens mit den alltäglichen interpersonalen Problemen und Schwierigkeiten ermöglichen und leiten“ (Peplau 1995: 16).

Sie begreift die Pflege als einen signifikanten therapeutischen interpersonalen Prozess. Die Pflege

„wirkt in Kooperation mit anderen menschlichen Prozessen, die dem Einzelnen in der Gesellschaft Gesundheit ermöglichen. In spezifischen Situationen, in denen ein professionelles Gesundheitsteam gesundheitsbezogene Dienstleistungen erbringt, beteiligen sich die Pflegekräfte an der Organisation von Bedingungen, die die natürlichen fortlaufenden Tendenzen im menschlichen Organismus unterstützen. Die Pflege ist ein edukatives Instrument, eine die Reife fördernde Kraft, die darauf abzielt, die Vorwärtsbewegung der Persönlichkeit in Richtung auf ein kreatives, konstruktives, produktives persönliches und gesellschaftliches Leben zu bewirken“ (Peplau 1995: 39).

Peplau versteht den Begriff ‚Pflege‘ in einem umfassenden Sinn als ‚Kunst‘ und als eine ‚auf Wissen basierte Profession‘. Die Konzepte ‚Kunst‘ und ‚Wissenschaft‘ sind nicht nur von Relevanz für die pflegerische Praxis, sondern verweisen auch auf die Konzepte Selbst und Selbstkonzept. Denn darin, wie die Pflege als personenbezogene Dienstleistung ausgeübt wird, zeigt sich das Selbst der Pflegekraft. Peplau (1988: 9) schreibt:

„It is the self of the nurse that is the primary instrument for sustaining the self-interest of clients, an essential ingredient in the effort required of them to make changes in themselves, in the lifestyles, and/or in their environment. The client's efforts and the effects it produces are facilitated and supported by the nurse - the medium of nursing's art“.

Die Kunst des Pflegens kommt bei der Nachfrage pflegerischer Dienstleistung zum Tragen. Die Pflege von Menschen findet in einer interpersonalen Situation statt, in deren Verlauf die beteiligten Personen etwas erzeugen - ein Produkt, das von ihnen erfahren bzw. erlebt wird. Peplau (1988: 9) verweist darauf, dass bei jeglicher Art von Kunst drei Komponenten eine Rolle spielen: das *Medium* (hier: die Pflegekraft), der *Prozess* selbst und das *Produkt* bzw. *Ergebnis*.

Das Ziel bzw. das zu erreichende Ergebnis oder Produkt der Pflege ist die Förderung von Gesundheit in einem umfassenden Sinn, wobei letztere im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung des Patienten und einem gesundheitsfördernden Umfeld gesehen wird¹⁰ (s. Peplau 1995: 34ff). Die Pflegekraft kann auf beides Einfluss nehmen, indem sie Prozesse der Selbstheilung und Selbsterneuerung des Patienten fördert und unterstützt. Dies erfordert ihrerseits ein Erkennen und Eingehen auf seine damit verbundenen physischen und psychosozialen Bedürfnisse. Die Pflege findet in einem interpersonalen Feld statt, in dem die wiederkehrenden Schwierigkeiten des täglichen Lebens zum Vorschein kommen. Peplau (1995: 51) ist davon überzeugt, dass

„jeder Patient Hilfe (braucht), wenn er die Angst- und Spannungsenergien, die sich im Zusammenhang mit der von ihm empfundenen Notlage bzw. den Bedürfnissen ergeben, in einem positiven Sinn umkehren will, um auf produktive Weise das gegebene Problem zu bestimmen, zu verstehen und ihm zu begegnen“.

In die Pflegekraft-Patient-Beziehung müssen alle Aspekte einbezogen werden, die zu Gesundheit und Wohlbefinden beitragen. Gesundheit, verstanden als ein mehrdimensionales und dynamisches Konzept, erlaubt dem einzelnen, seine Möglichkeiten auszuschöpfen sowie zufriedenstellend und produktiv mit anderen Menschen zusammenzuleben. Nach Peplau (1995: 37) können die für ein gesundes physiologisches Funktionieren erforderlichen Voraussetzungen nicht immer geschaffen werden. Die einzelnen Menschen können - trotz gegebener objektiver Grenzen - umso eher befähigt werden, eine bessere Gesundheit zu erfahren, je mehr die für die Gesundheit wesentlichen Bedingungen vollständig erkannt, geschaffen und vom einzelnen und der Gesellschaft genutzt werden. Hierbei kommt der Pflege eine wichtige Rolle zu. Eine wirkungsvolle Pflege wird dem Einzelnen und den sozialen Gruppen helfen, seine bzw. ihre Fähigkeiten einzusetzen, um ihr Leben in einem erstrebenswerten Sinn zu verändern. Die Konzentration liegt auf dem Patienten, da eine Vorwärtsbewegung im Sinne von Weiterentwicklung erst dann möglich ist, wenn die Pflegekraft sich ausschließlich auf die Erfordernisse und Anliegen des Patienten konzentriert. Peplau macht deutlich, dass es nicht leicht ist, einem Patienten zuzuhören, somatische Reaktionen zu beobachten und dem Patienten das Erleben und die Äußerung seiner eigenen Gefühle zu ermöglichen. Ihrzufolge ist

„die Bedeutung des Patientenverhaltens (...) die einzig relevante Grundlage, aufgrund derer die Pflegekraft die für den Patienten zu befriedigenden Bedürfnisse bestimmen kann“ (Peplau 1995: 253).

Wenn der Fokus der pflegerischen Arbeit auf dem pflegerischen Bedarf des Patienten liegt, dann heißt dies, dass der kunstvolle Aspekt der Pflege, d.h. das Ergebnis der Pflege sich im Patienten realisiert und sich hier z.B. in Form einer verbesserten Funktionsfähigkeit oder in Form eines ‚gefühlten‘ Wohlbefindens widerspiegelt (s. Peplau 1988: 11). Dieses setzt auf der Seite der Pflegekraft voraus, dass sie zwischen ihrem Handeln bei der Erbringung pflegerischer Dienstleistungen und ihrem Handeln in anderen sozialen Situationen unterscheidet (s. Peplau 1965 in O’Toole/Welt 1989: 45).

Mit diesen Annahmen unterstreicht Peplau die Bedeutung, die der Persönlichkeit der einzelnen Pflegekraft und ihrer beruflichen Kompetenz in der Pflege zukommt. Wenn das pflegerische Aufgabenspektrum - wie Peplau es versteht - sich auf die internen und externen menschlichen Prozesse bezieht, dann ist die Kenntnis dieser Prozesse¹¹ ebenso erforderlich wie die Kenntnis dessen, in welcher Beziehung diese Prozesse zur Lösung spezifischer interpersonaler Probleme stehen (s. Peplau 1995: 36, Peplau 1992a: 53). Die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und die kontinuierliche Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz der Pflegekraft stehen in engem

¹⁰ Peplau (1995: 37) unterscheidet mit dem Erleben von Gesundheit zwei allgemeine Kategorien:

1. „Die physiologischen Bedürfnisse des menschlichen Organismus, die im Sinne des Wohlergehens des Einzelnen oder einer Gruppe eine Einflussnahme auf die materiellen Bedingungen verlangen.
2. Die interpersonalen Gegebenheiten individueller oder gesellschaftlicher Natur, die den Bedürfnissen der Persönlichkeit gerecht werden und die die Ausbildung und den produktiven Gebrauch von Fähigkeiten gestatten.“

¹¹ Peplau (1992a: 54) erklärt, dass unterschiedliche Prozesse in ihrer Lehre im Mittelpunkt stehen, wie z.B. intrapsychische, interpersonale, systemische Prozesse und Prozesse, wie sie in Familiensystemen ablaufen. Sie nutzt die hierzu jeweils vorliegenden Erkenntnisse anderer Disziplinen und bezieht sie auf pflegerische Phänomene und Prozessabläufe.

Zusammenhang mit den Konzepten des Selbst und des Selbstkonzepts. Bevor dieser wichtige Aspekt in Bezug auf die Pflegekraft diskutiert wird, soll ein erster Blick auf Peplaus Verständnis des Selbst geworfen werden.

5.3 PEPLAUS VERSTÄNDNIS DES SELBST UND DES SELBST-SYSTEMS I

Peplau geht in Bezug auf die Pflegekraft/Patient-Beziehung von folgenden Grundsätzen aus:

„Jeder hat ein Bild von sich selbst, welches sich in den Beziehungen zu anderen Menschen ausdrückt. Dieses Selbst ist nicht angeboren, sondern wird in dem sozialen Milieu entwickelt, in dem die biologische Konstitution und die entsprechenden Fähigkeiten sich verwirklichen und von den Erwachsenen in der jeweiligen Situation belohnt oder bestraft werden“ (Peplau 1995: 235).

Dies bedeutet,

„dass jeder Patient ein Selbstkonzept (hat), das sich entweder förderlich oder hinderlich auf die interpersonalen Beziehungen mit professionellen Personen auswirkt“

„dass jede Pflegekraft ein Bild von sich selbst (hat), das in ihren Beziehungen zum Patienten wirksam wird, indem es das Wachsen beider Seiten in der Situation entweder fördert oder behindert“ (Peplau 1995: 235).

Da alle Pflegekraft-Patient-Interaktionen der Pflegekraft grundsätzlich die Möglichkeit bieten, konstruktive Änderungen im Sinne einer Vorwärtsentwicklung zu initiieren, ist es für Pflegekräfte wichtig zu verstehen,

- was das Selbst ist
- wie sich das Selbst-System entwickelt
- wie es funktioniert
- welchen Zwecken es dient
- um welche beobachtbaren Phänomene des Selbst es sich im Zusammenhang mit Krankheiten¹² handelt
- wie dieses theoretische Wissen das pflegerische Handeln in der Pflegekraft-Patient-Beziehung leiten kann (Peplau 1989 in O'Toole/Welt 1989: 295)

Die Bedeutung, die dem Selbst und dem Selbstkonzept von Patient und Pflegekraft in der pflegerischen Arbeit zukommt, spiegelt sich für sie in der Pflegefachliteratur nicht wider¹³ (s. auch Kap. 3.1.3, 3.1.3). Peplau (1979, 1989, 1995) verwendet das theoretische Konzept des Selbst in Anlehnung an Sullivan (1983: 39), um das soziale und persönliche Funktionieren des Menschen im Verlauf seines Lebens erfassen und beschreiben zu können. Das Selbst-System sei

„[...] an organized network of ideas, feelings and actions which every person has as a consequence of experiences and interactions with other people. No one is born with a self-system, yet everyone has a self-system. It is a product of socializing experiences“ (Peplau 1979: 32).

Weiter ist:

„das Selbst eine Abstraktion; sie eignet sich gut, um die Funktion des Menschen als Gesamtperson zu beschreiben. Es handelt sich weder um ein Ding, noch um einen Teil des Körpers, noch um einen Ort innerhalb des Psychischen. Das Selbst ist eine geistige (psychische) Funktion, die die umfassendere Funktion des gesamten Organismus darstellt. Das Selbst ist so etwas wie ein theoretischer Bezugsrahmen, indem es eine organisierende Struktur darstellt, durch die Erfahrungen, Ereignisse und Menschen wahrgenommen und erkannt, akzeptiert oder abgelehnt werden. Das Selbst ist die Begriffsbildung für eine der wichtigsten menschlichen Funktionen“ (Peplau 1989 in O'Toole/Welt 1989: 296).

Das Selbst-System entsteht und entwickelt sich in interpersonalen Beziehungen. Es ist ein Ergebnis der Sozialisation, eine Funktion, die Menschen im Lauf ihres Lebens im Rahmen interpersonaler Beziehungen entlang konstruktiver und destruktiver Entwicklungslinien herausbilden und modifizieren. Peplau (1989 in O'Toole/Welt

¹² Aus dem Umstand, dass Peplau sich überwiegend mit Phänomenen beschäftigt hat, wie sie Pflegekräfte insbesondere in psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen antreffen, kann nicht abgeleitet werden, dass Peplau den Fokus der Pflege ausschließlich auf beobachtbare Verhaltensphänomene in Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen bezieht.

¹³ Peplau (1989 in O'Toole/Welt 1989: 294f) verweist hier auf die ANA-Klassifikation von Pflegediagnosen und auf die Arbeiten von Roy und King (s. Kap. 6 und 7). Erstaunlich ist, wie wenig Aufmerksamkeit dem Selbst und dem Selbstkonzept bei der Rezeption von Peplaus Werk geschenkt worden ist (s. bspw. Fawcett 2005).

1989: 299f) verweist in diesem Zusammenhang auf die Arbeit von George Herbert Mead, demzufolge das Selbst nur in Beziehung zu anderen Selbsten existiert. Hiernach verfügen Menschen über intrapersonale Konzepte („within-persons“), mittels derer sie sich die Vorstellungen und Reaktionen anderer in Bezug auf ihr eigenes Verhalten vorstellen. Mead bezeichnet diese als „generalisierte Andere“. Das Konzept des generalisierten Anderen weist auf die Fähigkeit der Menschen zur Übernahme von Rollen bzw. Perspektiven hin, die eine Grundvoraussetzung zur Herausbildung eines Selbst ist¹⁴ (s. Kap. 3). Peplaus Rollenverständnis scheint hier seinen Ursprung zu haben. Sie begreift das Selbst

„aufgrund der ineinandergreifenden Natur seiner vielen Funktionen und der Tendenz nach Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts (Äquilibrium) oder einer Stabilität als System. Wie bei allen Systemen, hat eine Veränderung einer Funktion des Selbst-Systems, sei sie konstruktiver Art oder nicht, Auswirkungen auf alle anderen Funktionen“ (Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 297).

Dieser Umstand bringt es mit sich, dass es

„eine schwierige, zeitaufwendige und nur schrittweise zu lösende Aufgabe ist, dem Patienten bei einer Änderung seiner Selbstsicht zu helfen“ (Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 297).

Das Selbst-System begreifen Sullivan (1983) und Peplau (1989) als ein Anti-Angst-System. Es ist ein umfassendes System von Manövern, Vorsichtsmaßnahmen und Wachsamkeiten, das der Mensch im Laufe seines Lebens herausbildet, um seinem Bedürfnis nach Sicherheit und Vermeidung von Angst entsprechen zu können. Insofern kommt dem Selbst-System eine verhaltensregulierende Funktion in interpersonalen Situationen zu, wobei diese dem jeweiligen intellektuellen und interpersonalen Entwicklungsstand der an einer solchen interpersonalen Situation beteiligten Personen entspricht (Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 299). Die menschliche Entwicklung wird in mehreren Phasen verlaufend¹⁵ gedacht. Das Selbst-System eines Menschen ist kein statisches Gebilde am Ende eines Entwicklungsprozesses, sondern ein dynamischer, im Fluss befindlicher Prozess, der gegenüber Änderungen offen ist und somit ein fortgesetztes interpersonales Lernen im Sinne der Erfahrungsbildung ermöglicht. In interpersonalen Beziehungen gemachte Erfahrungen sind für die Entwicklung des Selbst-Systems von herausragender Bedeutung. Die Selbst-Systeme der in der unmittelbaren Situation und Interaktion Beteiligten werden immer wieder neu hergestellt. Anders ausgedrückt wird das Selbst-System stets neu aktiviert, wobei frühere Erfahrungen sowohl gegenwärtige als auch zukünftige Interaktionen mehr oder weniger stark bestimmen (s. Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 299). Mit Blick auf die Pflegekraft-Patient-Beziehung ist daher für die Pflegekraft von Interesse,

- „was der vorherrschende Inhalt der Sicht eines bestimmten Patienten auf das Selbst dieses Patienten ist
- wie diese vorherrschende Sicht des Patienten von sich selbst mit der Sicht, die die anderen sich in der interpersonalen Transaktion befindenden Menschen von sich haben, interagiert.“

Insgesamt geht es um drei zentrale Dinge:

1. „Was sind die zentralen Themen des agierenden Selbst-Systems eines bestimmten Patienten?
2. Worin besteht die Beziehung zwischen diesen Themen und dem Verhalten des Patienten in Bezug auf andere Menschen in den unterschiedlichen Situationen?
3. Was ist die generische Wurzel, die Geschichte, die Entwicklung dieser Themen, und ist sich der Mensch ihrer bewusst?“ (Peplau 1979: 32)

Weitere wichtige Fragen sind:

¹⁴ S. hierzu auch die Ausführungen von Sullivan (1983: 39) zu Mead. Sullivan stimmt mit den Vorstellungen Meads zur Genese des Selbst weitgehend überein. Seine Kritik besteht darin, dass die Meadsche Konzeption „keine Energie miteinbezog, mit deren Hilfe sich Phänomene wie Rollenwechsel oder beim Rollenspiel verbrauchte Energie und dergleichen erklären ließen“ (ebenda: 39).

¹⁵ Sullivans (1983: 56f) Phasen- bzw. Stadienschema ist ein heuristisches. Er spricht vom Säuglingsalter, von der Kindheit, jugendlichem Entwicklungsstadium, Präadoleszenz, früher Adoleszenz, später Adoleszenz und dem Erwachsenenalter oder der Reife. Peplau (1979) hat sich insbesondere mit dem Säuglingsalter, der Kindheit, dem juvenilen Alter und der Adoleszenz beschäftigt.

- „Was kann getan werden, um einem Patienten [...] dabei zu helfen, sein verkümmertes Selbstkonzept zu erweitern?
- Gibt es eine Rolle, die die Pflegekraft übernehmen sollte, um dem Patienten zu helfen, seine Sicht auf sich selbst zu erkennen und zu verändern?
- Sollten die Pflegekräfte eine neue Perspektive der mehr technischen Funktionen in der Pflege erarbeiten, was etwa das Waschen [...] angeht?“ (Peplau 1995: 236)

Geht es bei der Gestaltung der Pflege vor allem um eine Einflussnahme auf die Sicht des Patienten von sich selbst, dann ist insbesondere die Struktur des Selbst-System-Prozesses, d.h. der in Phasen und Schritten ablaufende Prozess der Entstehung des Selbst von Interesse. Diese Struktur muss berücksichtigt werden, wenn die Inhalte des Selbst-Systems zur Disposition stehen, da dann die gleiche Struktur und die gleichen Phasen wie in der frühen Kindheit mobilisiert werden. Bei den Hinweisen und Informationen des Patienten bezüglich der Inhalte seines Selbst-Systems handelt es sich immer nur um Annäherungen. Sie geben der Pflegekraft wichtige Hinweise für die Gestaltung der Arbeit mit dem Patienten. Ohne diese Hinweise bzw. ohne eine ungefähre Vorstellung von der Selbstsicht des Patienten ist eine zielgerichtete pflegerische Arbeit nicht möglich. Die Aufgabe der Pflegekraft besteht nicht darin, die Selbstsicht des Patienten zu verändern. Dieses ist seine Aufgabe. Die Pflegekraft kann aber durch die Art und Weise, wie sie auf die Belange des Patienten eingeht, denselben anregen, die für seine Entwicklung erforderliche Arbeit auf sich zu nehmen. Bevor auf die Entstehung des Selbst-Systems eingegangen wird, sollen einige wichtige, damit zusammenhängende Begriffe erläutert werden

5.3.1 EXKURS: ERFAHRUNG, SPANNUNG UND ENERGIETRANSFORMATION

Zum Verständnis des Begriffs des Selbst-Systems, seiner Entstehung und Funktionsweise im menschlichen Leben sind weitere Begriffe von Bedeutung, da sie Hinweise darauf geben, was unter der edukativen Funktion der Pflegekraft mit Blick auf die Entwicklung des Patienten (sowie der eigenen) zu verstehen ist. In Anlehnung an Sullivan geht es in der interpersonalen Beziehung, um die ‚Transformation von Energien‘ im Sinne der **Erfahrungsbildung**. Diese Transformation findet grundsätzlich in jeder Art von interpersonaler Beziehung statt.

Peplau begreift den Menschen als ein biopsychosoziales Wesen, das, um leben und sich im weitesten Sinn entwickeln und entfalten zu können, auf den Umgang mit anderen Menschen angewiesen ist. Der Mensch wird in seiner gesamten Entwicklung, d.h. in der physischen, psychischen, kognitiven, emotionalen, moralischen, sozialen Entwicklung durch interpersonale Erfahrungen geprägt. Hierbei sind dem Menschen durch seine biologische Ausstattung gewisse Möglichkeiten gegeben und Grenzen gesetzt. Die biologische Natur des Menschen und die Anforderungen oder Anstrengungen der menschlichen Umwelt werden als zwei aufeinander wirkende Kräftegruppen gedacht, zwischen denen ein dynamisches Gleichgewichtsverhältnis besteht. Dieses verschiebt sich ständig und wird immer wieder ausbalanciert. Es wird unterstellt, dass der Mensch aufgrund seiner natürlichen Beschaffenheit über Potenziale verfügt, die bestimmte Arten von Handlungen mehr oder weniger wahrscheinlich machen. Entscheidend ist, dass diese Potenziale von den ‚interpersonalen Beziehungen‘ geformt werden.

In den interpersonalen Beziehungen macht der Mensch die unterschiedlichsten Erfahrungen, die sich in seinem Verhalten in Form von Interaktions- und Verhaltensmustern niederschlagen. Die Erfahrungen des Menschen sind somit die grundlegenden Daten, über die er/sie verfügt. Sie sind die Schnittstelle zwischen äußerer und innerer Umwelt. Der Begriff der Erfahrung verweist sowohl auf die biologische Natur des Menschen als auch auf dessen Angewiesenheit auf die ihn umgebende soziale und kulturelle Umwelt. Sullivan (1983: 54) führt den Begriff Erfahrung auf drei biologische Prinzipien zurück, auf das Prinzip der *kommunalen Existenz*, das der *funktionalen Aktivität* und das der *Strukturierung*. Die Integration, also die Verarbeitung von Erfahrung im weitesten Sinn findet auf unterschiedlichen, aufeinander bezogenen und in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander stehenden Ebenen statt. Erfahrung ist nicht nur auf die kognitive Verarbeitung beschränkt. Die Integration von Erfahrung ist abhängig vom ‚Reifezustand‘ des jeweiligen Menschen und von der ‚Qualität seiner interpersonalen Beziehungen‘. Erfahrungen können *integriert*, *desintegriert* und *aufgelöst* werden. Hierbei kommt den kommunika-

tiven Fähigkeiten des Menschen, der Sprache im weitesten Sinn, eine wichtige Rolle zu (s. Sullivan 1983: 59ff, Peplau 1979, 1989). Was letztere betrifft, verfügt der Mensch als Ergebnis des Evolutionsprozesses über einen zentralen integrativen Apparat in Form des zentralen Nervensystems¹⁶, der dem Menschen ermöglicht, sich auf vielfältige Art und Weise auszudrücken und in Beziehung mit anderen Menschen und mit seiner Umwelt zu treten. Auf diese Erkenntnisse baut Peplau (1995, 1979, 1989) auf. Die wichtigste (soziale) Fähigkeit, über die das neugeborene Kind bei der Geburt verfügt, ist das Schreien. Mittels des Schreiens kann es auf sich aufmerksam machen. Die Reaktionen seiner Bezugspersonen auf sein Schreien setzen den Prozess in Gang, durch den das Selbst-System entsteht. Erfahrungen sind hierbei das dafür erforderliche Material. Sullivan (1983: 51f, 59f) unterscheidet drei Erscheinungsformen der Erfahrung. Diese nennt er *Prototaxis*, *Parataxis* und *Syntaxis*. Sie beschreiben unterschiedliche Entwicklungsstadien und Stadien des Welterlebens und beziehen sich auf die Art und Weise, wie ein Erlebnis bzw. eine Erfahrung registriert wird, sowie auf die Art und den Grad der inneren Verarbeitung von Ereignissen bzw. Erfahrungen (s. auch Lindesmith et al. 1999: 248; Evans 1996: 61f).

Die verschiedenen Erfahrungsformen¹⁷ spielen in dem ablaufenden Formungsprozess der individuellen Persönlichkeit eine wichtige Rolle. Sie verweisen auf die aktive Rolle des Kindes in diesem Prozess und darauf, dass es sich hierbei um einen sozialen und interpersonalen Prozess handelt, der durch das Zeichen-, Symbol- und Sprachsystem der sozialen Bezugsgruppe geprägt ist. Bezogen auf die erwähnten drei Erfahrungsformen

- Ist die *prototaktische Erfahrungsform* diejenige, die die Grundlage für das Gedächtnis zu sein scheint, der grösste oder einfachste, der früheste und wahrscheinlich der weitaus umfassendste Erfahrungsmodus. [...] Die Prototaxis lässt sich beschreiben als unverknüpfte Kette von 'Augenblickszuständen' des sensitiven Organismus, mit besonderer Beziehung zum Bereich der Interaktion mit der Umwelt (Sullivan 1983: 52). Dieser Erfahrungsmodus repräsentiert das nicht Kommunizierbare oder Unsagbare. Es handelt sich um 'gefühlte', fließende und undifferenzierte Erfahrungen
- Ist die *parataktische Erfahrungsform* die Form, über die Wissen möglich ist, da die Erfahrungen zum Teil kommunizierbar sind. Erfahrungen in diesem Modus zeichnen sich dadurch aus, dass sie in Beziehung zu anderen Erfahrungen gesetzt werden, d.h. das Kind fängt an, sich zu erinnern, z.B. an die mit einer Erfahrung verbundenen Konsequenzen, und beginnt die mit diesen Erfahrungen verbundenen Konsequenzen vorauszusehen sowie die notwendigen Handlungen, um diese Erfahrungen zu verändern. Das In-Beziehung-Setzen von Erfahrungen einschließlich der damit verbundenen Folgen erfolgt nicht in einem streng logischen Sinn, sondern mehr assoziativ. Durch das Erinnern und Voraussehen von Erfahrungen und ihren Folgen werden diese für das Kind zu Zeichen und Signalen für die damit verbundene Befriedigung/Zufriedenheit, Frustration, Sicherheit oder Unsicherheit. Diese Zeichen wiederum werden vom Kind mit einer Bedeutung verbunden
- Ist die *syntaktische Erfahrungsform* diejenige, über die am leichtesten gesprochen werden kann. Sie ist an die kommunikative, die verbale wie nonverbale Fähigkeit des Menschen gebunden¹⁸ (s. Sullivan 1983: 59, Lindesmith et al. 1999: 248, Evans 1996: 62).

Da Pflegekräfte mit Menschen in allen Lebensphasen und jeder Altersgruppe konfrontiert werden, spielen in pflegerischen Situationen alle drei Erfahrungsformen eine Rolle. Peplau (1979: 54) fasst die in der Prototaxis

¹⁶ Dieser Apparat ermöglicht einzigartige Fähigkeiten dreierlei Art:

1. „die Wechselbeziehung von Gesicht/Auge und dem Tastorgan Hand - neben dem Mund die bedeutendsten Instrumente der Wechselbeziehung
2. die Wechselbeziehung von Gehör und Stimmapparat, die so ungemein subtil ausgearbeitet ist, daß sie eine so phantastische evolutionäre Entwicklung wie die der Sprache möglich macht; und
3. die Wechselbeziehung dieser und aller anderen Rezeptor-Effektor-Systeme in einem unglaublich komplizierten Vorderhirn, die es ermöglicht, mit vielerlei abstrakten Erfahrungen zu operieren (Sullivan 1983: 43).

¹⁷ Diese drei Erfahrungsformen erinnern von Ferne an die drei Meadschen Sprachmodi, den imperativen Modus, den konjunktiven und optativen Modus sowie den indikativen Modus. Beim ersten Modus fühlt sich der Mensch in einer Situation zum Handeln aufgefordert, ohne zu wissen warum (s. Carreira da Silva 2008, ISS: 160f, s. Kap. 3.2.1.2). Hier liegt eine ähnliche Situation wie bei der prototaktischen Erfahrungsform vor.

¹⁸ Sullivan (1983: 51f) bindet die drei Erfahrungsmodi an die Wahrnehmungsfähigkeit und kommunikative Fähigkeit des Menschen. Beide bilden sich nach und nach aus, und der Mensch lernt, das Erfahrene miteinander zu verknüpfen und in Beziehung zu setzen. Hierbei kommt dem Erfassen von Zeichen und der Zuschreibung von Bedeutungen eine wichtige Rolle zu. Sie markieren den Beginn des Spracherwerbs. Mit dem Spracherwerb und dem Erlernen der sprachlichen Symbole erwirbt und erlernt der Mensch den syntaktischen Erfahrungsmodus.

gemachten Erfahrungen unter dem Begriff des ‚now-moments‘ also des ‚Hier-und-Jetzt-Moments‘ zusammen. Es handelt sich um Erfahrungen, die jeweils für sich und unverbunden nebeneinander stehen und über die keine Beziehung zur früheren und gegenwärtigen Erfahrung hergestellt wird. Anders ist es in der Parataxis. Hier setzen erste Diskriminierungsleistungen des Säuglings ein, indem auf der Basis einer ‚gefühlten Beziehung‘ frühere Erfahrungen mit gegenwärtigen Erfahrungen in Beziehung gesetzt werden. Dies ist möglich aufgrund des Erkennens ähnlicher Zeichen¹⁹ in beiden Erfahrungen. Die Verknüpfung der einen mit der anderen Erfahrung beruht auf dem Bekannten/Vertrauten. In diesem Erfahrungsmodus werden neue, nicht bekannte Zeichen nicht wahrgenommen, da sich die Aufmerksamkeit auf das Bekannte richtet. Eine zentrale Rolle in diesem Zusammenhang spielt die Erfahrung von Angst. So gibt es Situationen, in denen der Säugling die Nahrungsaufnahme lustvoll und spannungsfrei erfährt. Die gleiche Situation kann aber auch zu einer angstbesetzten Erfahrung werden. In der ersten Situation erfährt der Säugling die Bezugsperson als ‚gute Mutter‘²⁰, wohingegen er sie in der anderen Situation als ‚schlechte Mutter‘ erlebt. Diese Bezeichnungen beschreiben zentrale Erfahrungsweisen, entweder ‚gefühlte Zufriedenheit‘ bzw. ‚Befriedigung‘, oder ‚gefühltes Unwohlsein‘. Das Kind nimmt sich selbst aufgrund der ‚gefühlten‘ Beziehung als ‚gutes Ich‘ oder als ‚böses Ich‘ wahr. Diese Erfahrungen sind für die Entwicklung des Selbst-Systems des Kindes von elementarer Bedeutung. Mit Blick auf die Entwicklung des Selbst-Systems geht es darum, wie häufig das Kind welche der genannten Erfahrungen macht. Ausschlaggebend ist, ob es sich bei den genannten Erfahrungen um sich wiederholende Erfahrungen handelt, die schließlich zu erwarteten Erfahrungen werden (s. Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 302).

Sullivan wie auch Peplau binden das Konzept der Persönlichkeit an menschliche Erfahrungen. Sullivan (1983: 59) unterscheidet zwei Arten von Erfahrungen:

1. die Erfahrung von Spannungen
2. die Erfahrung von Energietransformation.

Spannungen basieren auf Bedürfnissen und auf Ängsten. Sullivan (1983: 60ff) unterteilt die Bedürfnisse in primär physiologische, z.B. nach Sauerstoff, Nahrung oder Flüssigkeit, die biologischer Natur sind, und in solche, die im Zusammenhang mit der Lebenserhaltung, der Vermeidung von Verletzungen und mit der Aufrechterhaltung diverser funktionaler Aktivitäten stehen. Spannungen bergen zum einen das Potenzial für Aktionen in sich, was Sullivan (1983: 59) mit dem Begriff ‚Energietransformation‘ zu fassen sucht. Zum anderen können Spannungen zu einem ‚gefühlten oder wesentlich bemerkten Seinszustand‘ führen. Dies ist der Fall, wenn z.B. das Schreien des Säuglings vor Hunger dazu führt, dass er Nahrung seitens der Mutter erhält und dadurch sein Bedürfnis beseitigt bzw. befriedigt wird.

Sullivan unterscheidet drei Arten von Spannungen: Bedürfnisspannungen, Angstspannungen und Schlafspannungen²¹. Im Zusammenhang mit Bedürfnisspannungen geht Sullivan von folgendem Theorem aus:

„Die beobachtbare Aktivität des Säuglings, die aus der Bedürfnisspannung erwächst, erzeugt Spannung in der mütterlichen Bezugsperson, die ihrerseits erfahren wird als Zärtlichkeit und als Impuls für Aktivitäten, die auf die Bedürfnisbefriedigung des Säuglings abzielen.“ (Sullivan 1983: 63)

Die Aktivitäten der Mutter fasst Sullivan unter den Begriff ‚allgemeines Zärtlichkeitsbedürfnis‘²². Er unterstreicht damit die Abhängigkeit des Säuglings von seinen Bezugspersonen. Der Säugling ist auf deren Koopera-

¹⁹ In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass bestimmte Ereignisse und die damit verbundenen Folgen zu Zeichen oder Symbolen von Befriedigung, Frustration und Sicherheit werden (Sullivan 1983: 99ff, Peplau 1995: 109ff, Evans 1996: 62).

²⁰ Für Sullivan kann die Bezugsperson die leibliche Mutter des Kindes oder eine andere Person sein.

²¹ Die Schlafspannungen, die hier der Vollständigkeit halber erwähnt werden, beschreiben eine Phase des Seins. Die Befriedigung des Schlafbedürfnisses ist für die Aufrechterhaltung des Lebens unerlässlich (s. Sullivan 1983: 82f).

²² Sullivan - so Evans (1996: 77) - differenziert zwischen dem Begriff ‚Mutter‘ und dem Begriff ‚mothering one‘/bemutternde Person, womit er sich von anderen Autoren deutlich abhebt. Mit diesem Begriff, der leider auch in der deutschen Übersetzung seines Werks mit ‚Mutter‘ übersetzt wird, unterstreicht er die Bedeutung, die er dem Prozess und der

tion bei der Befriedigung seiner Bedürfnisse angewiesen. Umgekehrt lösen die Bedürfnisse des Säuglings bei seinen Bezugspersonen ebenfalls Bedürfnisse im Sinne des Zärtlichkeitsbedürfnisses aus, was auf die wechselseitige Abhängigkeit von Säugling und Bezugsperson hinweist. Beide sind für die Lösung bzw. Befriedigung des geäußerten Bedürfnisses erforderlich. Die Entspannung der durch das Bedürfnis entstandenen Spannung erfolgt durch die Befriedigung desselben, d.h. die durch die Spannung erzeugte Gleichgewichtsstörung wird über die Befriedigung in ein neues Gleichgewicht überführt²³. Der Wechsel von Bedürfnis und Befriedigung, die zwischen diesen Zuständen bestehende Abhängigkeit, ist das, was Sullivan Erfahrung nennt. Dieses Theorem greift Peplau mit dem Konzept der Wechselseitigkeit²⁴ (s. Pkt. 5.4.1.1) auf. In diesem Zusammenhang kommt dem Handeln des Patienten wie dem Handeln der Pflegekraft, d.h. ihren Interaktionsmustern und ihren auf den jeweils anderen Menschen bezogenen Verhaltensmustern für den Verlauf der Beziehung eine entscheidende Rolle zu. Die Art, wie die Pflegekraft auf die situativen Erfordernisse des Patienten eingeht, führt entweder dazu, dass dem Erfordernis entsprochen wird (es befriedigt wird) oder es führt zu deren Nichtbeachtung mit den entsprechenden Folgen (z.B. Steigerung der Angst etc.).

Anders verhält es sich bei der zweiten Kategorie von Spannungen, den sogenannten Angstspannungen, die auf das Bedürfnis nach interpersonaler Sicherheit verweisen und damit auf die Beziehungen zu anderen Menschen. Dieses Bedürfnis bezeichnet Sullivans auch als das ‚Bedürfnis nach Angstfreiheit‘. Beiden Arten von Erfahrungen, d.h. von Spannungen und Energietransformation, können nicht isoliert betrachtet werden. Sie sind nur aus der Summe der gesamten Lebenserfahrungen zu verstehen. Sie verweisen auf Vergangenes, sie bestimmen das unmittelbare Handeln und wirken in die Zukunft. Für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen ist von zentraler Bedeutung, ob die von ihm gewählte Art der Bedürfnisbefriedigung von den für ihn wichtigen Bezugspersonen gebilligt wird. Ist dies der Fall, vermittelt die damit verbundene Erfahrung ein Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit. Wird das Bedürfnis jedoch nicht erkannt oder beachtet, wird es als Frustration und Ablehnung erlebt. Der Mensch wird aus seinem Zustand des Wohlbefindens herausgerissen und dieses Ereignis wird als Angst erlebt. Jeder Mensch hat das Bedürfnis, solche Erfahrungen zu vermeiden.

Welche Bedeutung der wechselseitigen Abhängigkeit der Menschen in interpersonalen Situationen zukommt, zeigen vor allem Erfahrungen von Angstspannungen. Hier geht Sullivan (1983: 65) von folgendem Theorem aus:

„Spannung infolge von Angst in der mütterlichen Bezugsperson induziert im Säugling Angst.“

Dieses lässt sich auf andere interpersonale Situationen übertragen. Gerade mit Blick auf pflegerische Situationen ist der Stellenwert, den Sullivan und Peplau dem Thema Angst widmen, von zentraler Bedeutung. Sullivan betont, dass das Bedürfnis nach Sicherheit bzw. Angstfreiheit sich von Geburt an fundamental von allen anderen Bedürfnissen unterscheidet. Der Unterschied zu anderen Bedürfnissen besteht darin, dass Angst mit nichts Spezi-

Funktionsweise des ‚Bemutterns‘ beimit. Auch Peplau (1979: 67) meint, dass der Begriff ‚Mutterliebe‘ in der heutigen Zeit angemessener mit ‚significant-one parenting‘ oder ‚parenting love‘ bezeichnet werden kann; im Kern geht es um die liebevolle Beziehung zwischen einer ‚bemutternden Person‘ und dem Kind. Das Kind ist für sein Überleben auf die Kooperation eines anderen Menschen angewiesen, der auf seine zunächst nur gestisch artikulierten Erfordernisse eingeht. Der Kern der Pflege lässt sich auf das Eingehen auf diese leiblichen, psychischen, sozialen/kommunalen und geistigen Erfordernisse eines Menschen zurückführen. Der in diesem Zusammenhang von Sullivan benutzte Begriff des ‚Bemutterns‘ wird von Peplau durch die Bezeichnung des damit gemeinten Vorgangs als ‚significant-one-parenting‘ aus der engen Assoziation mit Frauen, mit der Mutter gelöst und auf die Personen bezogen, die für das Kind sorgen bzw. es pflegen. Mit der Pflege des Kindes setzt dessen Sozialisierung ein. Der Prozess des ‚Bemutterns‘ beschreibt erste Formen des Pflegens.

²³ Für Sullivan (1983: 61) erhält „ein Bedürfnis, das man im biologischen Sinn weitgefasst als Gleichgewichtsstörung bezeichnen könnte, seine Bedeutung aus den Aktionen oder Energietransformationen, die zu dessen Befriedigung führen“.

²⁴ Bezogen auf die Pflegesituation bedeutet dies: Der Patient hat einen Bedarf an Pflege und Versorgung. Um diesen befriedigen zu können, ist er in unterschiedlichem Ausmaß auf die Kooperation der Pflegekraft angewiesen. Hierin besteht seine Abhängigkeit von der Pflegekraft. Umgekehrt spricht der Bedarf an Pflege bzw. Versorgung seitens des Patienten, die Motivation der Pflegekraft für ihre Berufsausübung an. Die Pflegekraft kann ihren Beruf nur aufgrund des Vorhandenseins des Patienten ausüben.

fischem verbunden ist. Sie hat keine spezifischen Merkmale. In der frühen Kindheit hat das Kind bei der Erfahrung von Angst

„keine Basis für Differenzierungen und keinerlei Hinweise auf angemessenes Handeln zu ihrer Beseitigung. Der Säugling hat keine Möglichkeit bzw. keine Fähigkeit in Richtung Angstbeseitigung zu handeln“ (Sullivan 1983: 67).

Im Gegensatz zu den Erfahrungen mit anderen Bedürfnisspannungen, wo der Mensch schon recht früh das damit verbundene Handeln mit vergangenen Erfahrungen und Elementen der Zukunft wie Vorwegnahme, Erwartung etc. in Beziehung setzen kann, ist die Erfahrung der Angst

„am wenigsten deutlich von Elementen der Vergangenheit und der Zukunft durchsetzt. [...] die für angemessenes Handeln oder Energietransformationen in der jeweiligen Situation so wichtigen erklärenden identifizierenden Elemente der Vergangenheit und der Vorhersage künftiger Linderung (sind) in diesem Bereich der Angst am leichtesten zu übersehen und am schwierigsten herauszufinden“ (Sullivan 1983: 68).

Der Mensch, der Angst erfährt, hat wenig Einfluss darauf. Er kann sie nicht steuern, da sie durch andere Menschen, mit denen er sich in einer interpersonalen Situation befindet, induziert wird. Die so erzeugte Angstspannung beeinträchtigt die Bedürfnisbefriedigung und steht im Gegensatz zu ihr. Die primär biologischen Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Angstfreiheit bzw. interpersonaler Sicherheit stehen nicht in einem hierarchischen Verhältnis, sondern sind aufeinander bezogen. Das Bedürfnis nach Sicherheit kann alle anderen Bedürfnisse überlagern (s. Sullivan 1983: 66ff).

Anders ist es, wenn der Mensch sich vor etwas fürchtet. Hier stehen ihm von Geburt an vier Grundmechanismen oder Bewältigungsmechanismen zur Verfügung, um mit den ‚Furchtspannungen‘ umzugehen. Die Menschen können die angstausslösenden Bedingungen:

1. beseitigen oder zerstören
2. ihnen entfliehen oder sie vermeiden
3. sie neutralisieren
4. sie ignorieren (Sullivan 1983: 74).

Über diese Möglichkeiten verfügt der Mensch bei Angstspannungen nicht. Entsteht in interpersonalen Situationen aufgrund von Spannung Angst, die der Bedürfnisbefriedigung entgegensteht, kann der Mensch im extremen Fall mit Apathie und somnolenter Gleichgültigkeit reagieren²⁵. Diese Verhaltensform bezeichnet Sullivan mit dem Begriff der ‚Dynamismen‘. Kommt es aufgrund von Angstspannung zur *Entspannung*, so führt diese nicht zur Erfahrung von Befriedigung, sondern zur Erfahrung von interpersonaler Sicherheit. In beiden Fällen wird Kraft in Form sogenannter Dynamismen freigesetzt, die die Persönlichkeit eines Menschen hervorbringen. Dynamismen beschreiben überdauernde Energietransformationsmuster²⁶. Ein wichtiger Dynamismus im Sinne der Erzeugung von Energietransformationsmustern ist das Selbst-System, wobei die Muster die wiederkehrenden interpersonalen Beziehungen charakterisieren. In diesem Kontext ist von Bedeutung, dass Sullivan menschliche Erfahrungen zum einen als Prozess definiert und zum anderen als Funktion. Diese Erkenntnis macht Peplau sich zu eigen, wenn sie pflegerische Phänomene beschreibt. Auch sie betont den prozessualen wie den funktionalen Aspekt menschlichen Handelns (s. Peplau in O’Toole/Welt 1989). Beide Aspekte sind für eine ergebnisorientierte Pflege von Bedeutung.

²⁵ Evans (1996: 67f) betont, dass Sullivan selbstkritisch in Bezug auf sein erreichtes Verständnis des Konzepts Angst und Angstspannung und dessen Einfluss in interpersonalen Beziehungen war. Es war für ihn ein in ständiger Arbeit befindliches Konzept, das eventuell durch ein treffenderes Konzept ersetzt werden kann. In diesem Zusammenhang verweist er auf die Arbeiten von Bowlby und dessen Begriff des Attachments/der Bindung.

²⁶ Evans (1996: 71) behauptet, dass Sullivans Konzept des Dynamismus einen paradigmatischen Wechsel von Freuds Triebtheorie darstellt.

Die Bedeutung des Selbst-Systems in der Funktion eines Dynamismus ist nach Sullivan (1983: 117ff) darin zu sehen, dass der Mensch die im Laufe des Lebens ausgebildeten Verhaltensmuster, die das Ergebnis einer Anpassung an sich ständig ändernde biologische und soziale Anforderungen und Möglichkeiten sind, in immer neue Muster überführen kann. Dieser Prozess der Organisation und Integration von Erfahrungen in Verhaltensmuster beginnt mit der Geburt. Er wird als Reifung aufgefasst und verweist auf die dem Menschen innewohnende Fähigkeit zu lernen. Die hierbei ablaufenden Prozesse verweisen auf den Begriff der Eduktion²⁷. Bei dieser Erfahrungsbildung und -strukturierung kommt dem Zeichen, Symbol- und Sprachsystem der sozialen Bezugsgruppe eine wichtige Rolle zu, insofern über dieselben die Erfahrungen im weitesten Sinn strukturiert und zu Mustern zusammengefügt werden. Wie dieses geschieht, soll im Weiteren anhand der Entstehung des Selbst-Systems aufgezeigt werden. Der von Sullivan verwendete Begriff der Erfahrung ist vergleichbar mit dem Erfahrungsbegriff des amerikanischen Pragmatismus von Mead oder Dewey (s. Kap. 3). Er ist eng verknüpft mit dem Begriff des Lernens (s. auch Evans 1996, Conci 2005).

5.3.2 ZUR HERAUSBILDUNG DES SELBST-SYSTEMS

Peplaus Vorstellungen von der Persönlichkeitsentwicklung und der Entstehung des Selbst-Systems lehnen sich an die von Sullivan an. Die Persönlichkeitsentwicklung und die Genese des Selbst-Systems sind eng miteinander verwoben und werden als ein in Phasen ablaufender Prozess verstanden. Auf die einzelnen Phasen geht Peplau in ihrem 1952 veröffentlichten Buch nicht näher ein. Dies geschieht in einer späteren Veröffentlichung (1979), in der sie sechs Schritte bei der Herausbildung des Selbst-Konzepts herausarbeitet und auf einige Phasen der Persönlichkeitsentwicklung näher eingeht. In einer weiteren Arbeit (1989) greift sie diese Gedanken erneut auf und setzt sie in Beziehung zu pflegerischen Situationen, die für sie ebenfalls prozesshaft ablaufen. Hierbei arbeitet sie die Bedeutung der nonverbalen wie der verbalen Kommunikation bei der Entstehung des Selbst-Systems deutlich heraus.

Die frühen Erfahrungen des Kindes sind geprägt von der Qualität der Verbundenheit des Kindes mit den es umgebenden ‚bemutternden‘ Bezugspersonen. Aus den mit diesen Personen gemachten Erfahrungen erwachsen spätere Erfahrungen des eigenen Selbst mit anderen Menschen (Evans 1996: 81). Die Voraussetzungen für die Entstehung des Selbst-Systems werden in der vorsprachlichen Phase geschaffen. Was mit dem Kind geschieht, wie auf seine Bedürfnisäußerungen eingegangen wird, erfährt das Kind in der unmittelbaren Beziehung durch die Reaktionen der Bezugspersonen in Form von wechselseitigem Wohlbefinden oder ‚gefühltem‘ Unwohlsein. Das Neugeborene empfindet zunächst nur Wohlbefinden oder Unwohlsein. Diese beiden Gefühle differenziert es im weiteren Verlauf aus und entwickelt so erste Verhaltensweisen und -muster der Bedürfnisbefriedigung (s. Peplau 1995: 196). Zur Mitteilung von Unwohlsein, etwa in Form von Hunger, setzt das Kind die ihm zur Verfügung stehenden kommunikativen Mittel wie das Schreien ein. Es schreit solange, bis hierauf reagiert wird. Hierbei kann das Kind zwei grundlegende Erfahrungen machen, die der ‚guten Mutter‘ und die der ‚bösen Mutter‘ und sich dabei als ‚gutes Ich‘ bzw. ‚böses Ich‘ erleben. Letzteres ist mit wechselseitigem Unwohlsein und mit Angst verbunden. Weiter verfügt es von Geburt an über die Fähigkeit, mittels ‚einführender Beobachtung‘ die in der Beziehung zur ‚bemutternden‘ Bezugsperson erfahrenen Reaktionen, auf seine Bedürfnisse und Wünsche einzugehen, ‚gefühlsmäßig‘ wahrzunehmen. Hierbei handelt es sich um ‚Wahrnehmungen‘ bzw. ‚Personifikationen‘ und nicht um die reale Mutter als ein vom Kind getrennt wahrgenommenes Wesen, und damit um die Fähigkeit (Peplau 1979: 70), in sich selbst Gefühle wahrzunehmen bzw. zu (er)fühlen, deren Ursprünge in anderen Menschen liegen²⁸. Das Gefühl des Wohlbefindens bzw. des Unwohlseins des Kindes vermittelt sich interperso-

²⁷ Diesen Begriff hat Sullivan (1983: 87f) von dem britischen Psychologen Charles Spearman (1863-1945) entlehnt, der ihn auf kognitive Abläufe bezogen hatte. Sullivan hat mit diesem Begriff Vermittlungsprozesse beschrieben, die auf eine Fähigkeit der im zentralen Nervensystem angesiedelten Eduktoren verweisen.

²⁸ Siehe hierzu auch die Ausführungen zu Meads Vorstellungen zur Entwicklung des emotionalen Bewusstseins und der Herausbildung der Fähigkeit zur Rollenübernahme (s. Kap. 3.2.1.1. und 3.2.2.1).

nal, insofern das Gefühl des Kindes ein entsprechendes Gefühl bei der Bezugsperson hervorruft und umgekehrt. Es besteht eine *wechselseitige Abhängigkeit*. Die Fähigkeit des Kindes, in Form der einführenden Beobachtung auf die Gefühle und Stimmungen der es umgebenden Menschen zu reagieren, ist seine Form des Wissens bzw. des Weiterlebens. Das Kind lernt aus der Erfahrung mit der ‚bemutternden‘ Bezugsperson. Ein weiteres ihm zur Verfügung stehendes Mittel ist das ‚autistische Denken‘, und ein anderes Mittel ist der Mund, durch den Gegenstände wie der eigene Körper und anderes gefühlsmäßig wahrgenommen und erfahren werden. All diese kommunikativen Mittel kommen in der Beziehung des Kindes zu seinen Bezugspersonen zum Tragen und können in dieser entwickelt oder behindert werden. Entscheidend für die Entwicklung des Kindes und seines Selbst-Systems ist, ob es mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln seine Bedürfnisse äußern kann und ob diese von seinen Bezugspersonen respektiert werden. In den Reaktionen seiner Bezugspersonen erlebt das Kind nicht nur die Befriedigung seiner Bedürfnisse, sondern es nimmt zugleich damit auch die Haltungen seiner Bezugspersonen ihm gegenüber auf.

Für die Pflege ist von Bedeutung, dass in der frühen Kindheit die Grundlage für die Fähigkeit/Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe gelegt wird. In dieser Zeit erfährt das Kind, dass es für die Befriedigung seiner Bedürfnisse auf andere angewiesen und von ihnen abhängig ist. Wenn positiv auf seine Äußerungen eingegangen wird und es zur Bedürfnisbefriedigung kommt, lernt es

„auf klare und angenehme Art und Weise, dass es zur Erfüllung seiner Wünsche/Bedürfnisse von anderen abhängig ist. Somit beginnt es, sich von anderen zu unterscheiden, und lernt, auf sie zu zählen, wenn es Hilfe benötigt“ (Peplau 1995: 201).

Wenn die Bezugspersonen nicht in angemessener Form auf die Äußerungen der Bedürfnisse des Kindes eingehen, d.h. diese nicht belohnt werden, wird die Fähigkeit des Kindes, sich von anderen zu unterscheiden, gehemmt. Wenn die ihm zur Verfügung stehenden kommunikativen Mittel nicht respektiert werden, wird es in seiner Hilflosigkeit bestärkt. Diese Erfahrung geht mit Frustration einher und kann dazu führen, dass das Kind eine ‚unstillbare Sehnsucht‘ nach Abhängigkeit entwickelt (s. Peplau 1995: 201). Hierbei handelt es sich um ein Gefühl, das durch zwischenmenschliche Beziehungen mit Menschen erlernt wird, die dem Kind keine Freiheit der eigenen Entwicklung lassen,

„die verlangen, verwehren, vorenthalten, handeln oder erfreuen wollen, um eine Übereinstimmung mit ihren Zielen sowie mit einem für sie wünschenswerten Verhaltensmuster zu erreichen“ (Peplau 1995: 202)

Mit zunehmendem Alter und der damit einhergehenden Fähigkeit zur Differenzierung erfährt das Kind sich als etwas von anderen Menschen Getrenntes wie mit ihnen Verbundenes. Dabei wechselt das Kind allmählich vom prototaktischen zum parataktischen Erfahrungsmodus. Es lernt, Erfahrungen zueinander in Beziehung zu setzen, d.h. vorangegangene Erfahrungen mit zu erwartenden Erfahrungen zu verknüpfen. Dies geschieht zunächst auf gefühlsmäßiger Basis, wobei der Erfahrung des eigenen Körpers eine wichtige Rolle zukommt, insofern das Kind zunächst eine Beziehung zu seinem Körper entwickelt, bevor es ein Selbst-System ausbilden kann. Mit zunehmender Reife des sensorischen Apparates schreitet die Fähigkeit des Kindes voran, zwischen sich und der äußeren Umwelt zu unterscheiden. Dies schließt die zunehmende Fähigkeit ein, Zeichen und Signale zu differenzieren. Evans (1996: 83) schreibt, das Kind diskriminiere insbesondere visuell verschiedene

„facial gestures and auditorily differentiates sounds and phonemes, which interpersonally becomes signs of integration and disintegration of personal situations“.

Die Entwicklung des Selbst-Systems ist einerseits an die Sprachfähigkeit des Kindes und andererseits an die in den interpersonalen Beziehungen gemachten Erfahrungen gebunden. Es handelt sich um ‚gefühlte‘ Beziehungen, da das Kind die Reaktionen seiner Bezugspersonen auf seine Äußerungen anfänglich noch nicht verstandesmäßig nachvollziehen, verstehen und verarbeiten kann. Dies ist erst in einem späteren Entwicklungsstadium möglich. Mit dem Erlernen der Sprache greift das Kind die verbalen Äußerungen seiner Bezugspersonen auf. Ihre Äußerungen, d.h. ihre Beurteilungen seines Verhaltens geben dem Kind wichtige Hinweise auf sich selbst, über die

das Kind bis dahin nicht verfügte. Als Beispiel führt Peplau (1979: 33) z.B. folgende Aussagen an: „Jonny ist ein guter Junge“ oder „Jonny ist dick“.

Ohne die Hinweise der anderen ist das Kind nicht in der Lage, eine Vorstellung von sich selbst zu gewinnen. Anders formuliert, erwirbt das Kind in der konkreten Interaktion mit anderen Menschen allmählich eine Sicht auf sich selbst. Es erfährt in diesen zwischenmenschlichen Beziehungen, wie auf die verbalen und nonverbalen Äußerungen seiner Bedürfnisse eingegangen wird. Nach Peplau (1995: 238) bieten sich drei mögliche Varianten bei der Sicht auf das Selbst an:

1. „Ich kann meine Wünsche und Bedürfnisse identifizieren, sie jenen, die mich achten, vermitteln und die zur Erreichung der Befriedigung benötigte Hilfe erlangen.“
2. „Ich muß meine Wünsche nicht identifizieren; wenn ich hilflos bin, werden die anderen mir geben, was ich ihrer Meinung nach brauche, und ich werde mich sicher fühlen; eine hilflose Person, die nichts verlangt, wird nicht im Stich gelassen werden.“
3. „Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass andere mir irgendeine Hilfe zukommen lassen; sie achten mich und meine Fähigkeiten nicht; ich werde das, was ich brauche, aber auch ohne Hilfe bekommen; wenn nötig, werde ich es mir nehmen“.

Zu welcher Sicht auf sich selbst das Kind und später der Erwachsene gelangt, hat nach Peplau viel mit den körperlichen Ausdrucksweisen des Kindes zu tun. Sie hebt hervor, dass

„wesentliche Lebenstechniken im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme, der Ausscheidung, der Sauberkeit und der Vermeidung gefährlicher Situationen erlernt (werden). Gleichzeitig beobachtet das Kind, wie andere es als Person sehen, und beginnt, die Rollen zu strukturieren, die es im Verhältnis zu ihnen und zur Welt, wie es sie sieht, einnehmen wird“ (Peplau 1995: 238).

Die Rolle des Körpers, seine Fähigkeiten und seine Ausdrucksmöglichkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen sind für die Herausbildung des Selbst nicht zu unterschätzen. Die Grenzen des Selbst werden nach Sullivan im Rahmen von Reifungs- und Lernprozessen durch ‚reflektierte Beurteilungen‘ gesetzt, die von der frühkindlichen Phase über die Kindheit bis zum Erwachsenenalter fortschreiten. Peplau (1995: 239) hebt hervor, dass

„die Art, wie die Erwachsenen das Kind beurteilen, und die Art, wie es sich im Verhältnis zu seiner Erfahrung und Wahrnehmung verhält, verinnerlicht oder introjiziert (wird) und so zur Sicht des Kindes auf sich selbst (wird)“.

Die Beurteilungen, die die Erwachsenen von einem Kind haben, gehen mehr oder weniger unkritisch in die Sicht ein, die das Kind auf das eigene Selbst entwickelt. Um zu einer Sicht von sich selbst zu gelangen, ist das Kind auf die Beurteilungen anderer angewiesen. Dies ist der erste wichtige Schritt bei der Herausbildung des Selbst. Der zweite Schritt besteht darin, dass das Kind auf die Äußerungen der Bezugspersonen achtet, diese mit dem Ziel nachahmt, ihre Aufmerksamkeit auf sich zu lenken bzw. entsprechend belohnt zu werden. Dies führt zum nächsten Schritt, in dem die Beurteilungen anderer vom Kind aufgenommen werden und zwar als seine eigene Sicht von sich selbst. Dieser Schritt kann in Subschritte untergliedert werden. Im ersten Teilschritt wiederholt das Kind die Beurteilungen der Bezugspersonen, so wie es sie gehört hat, sodann werden diese reflektiert und die reflektierten Beurteilungen werden nach weiteren Erfahrungen schließlich als die eigene Sicht verinnerlicht. Diese ersten Beurteilungen anderer sind die initialen Inhalte des Selbst-Systems. Die Benutzung des Personalpronoms ‚ich ...‘ seitens des Kindes zeigt an, dass der letzte Teilschritt vollzogen worden ist²⁹ (s. Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 303). In diesem Moment sind die Beurteilungen anderer zu den ersten Inhalten des Selbst-Systems geworden und damit zur akzeptierten Basis des sich herausbildenden Selbst-Systems.

Der vierte Schritt bei der Herausbildung des Selbst-Systems beinhaltet die Aneignung von Handlungen und Verhaltensweisen, die der verinnerlichten und reflektierten Selbstbeurteilung entsprechen. Dies erfordert von Seiten des Kindes Aufmerksamkeit, Beobachtung sowie das Feststellen von Situationen, in denen die Bezugspersonen

²⁹ Dies erfolgt in drei Schritten: 1. Jonny ist ...; 2. Meins ist ...; 3. Ich bin ...

auf die verinnerlichte und reflektierte Beurteilung hinweisen. Die Beziehung hierzu wird nicht verstandesmäßig hergestellt, sondern es handelt sich zunächst um eine ‚gefühlte‘ Beziehung. Der fünfte Schritt verweist auf die unterschiedlichen Dimensionen des Selbst-Systems. In Anlehnung an Sullivan unterscheidet Peplau (1979: 35):

- „Eine im Bewusstsein *vorhandene Selbst-Sicht wie „ich bin ein Mensch, der [...]“*. Diese wird von wichtigen Bezugspersonen häufig gespiegelt und der einzelne kann hierüber leicht sprechen.
- Eine *Sicht des ‚vielleicht ich‘*, d.h. hier bestehen Zweifel. Es handelt sich um nicht immer wiederkehrende Beurteilungen, die seitens des Betroffenen nicht regelhaft erwartet werden und die, wenn sie geäußert werden, milde bis moderate Angst erzeugen können. Deshalb werden sie meist übersehen, es sei denn, man richtet seine Aufmerksamkeit darauf.
- Eine *dritte Sicht, die des ‚Nicht-Ich‘*. Diese Sicht stammt von Beurteilungen anderer und aus Erfahrungen mit anderen, die schmerzhaft waren, mit Bestrafungen, Gleichgültigkeit oder gar Panik zu tun hatten. Diese Sicht geht einher mit schweren Angstzuständen und wird deshalb vom Menschen verdrängt bzw. dissoziiert“.

Alle drei Dimensionen des Selbst-Systems leiten das Handeln des Menschen mehr oder weniger bewusst. Der sechste Schritt bei der Herausbildung des Selbst-Systems besteht in der Neigung des Menschen, Situationen herzustellen, mittels derer die verinnerlichten und reflektierten Beurteilungen anderer aufrechterhalten werden können, insbesondere die bewusste ‚Selbst-Sicht‘. Diese gilt es immer wieder zu bestätigen. Von Bedeutung ist, wie die drei Aspekte des ‚Selbst-Dynamismus‘ in den interpersonalen Beziehungen zum Tragen kommen. Sullivan unterscheidet:

1. das Selbst, über das das Bewusstsein ohne weiteres verfügen kann
2. selektiv unbeachtete Komponenten, die erinnert werden können
3. dissoziierte Elemente des Selbst, die mehr oder weniger permanent aus dem Bewusstsein ausgeschlossen sind, aber auf verdeckte Weise wirken (Peplau 1995: 243).

Das Selbst-System wird als ein auf drei Ebenen wirkendes motivationales System verstanden. Einige Aspekte wirken bewusst in interpersonalen Beziehungen, während andere mit nur geringer oder ganz ohne bewusste Kontrolle durch die Person arbeiten (Peplau 1995: 243). In diesem Zusammenhang zeigt sich erneut die Funktion des Selbst-Systems als Anti-Angst-System. Die Bemühungen des Kindes, das angeeignete Selbst-System aufrechtzuerhalten, erfolgen, um Angst zu verhüten. Hierbei werden Beurteilungen akzeptiert und in das bestehende System aufgenommen, die mit den schon vorhandenen Beurteilungen kompatibel sind. Änderungen der Inhalte des Selbst-Systems sind durchaus möglich, doch gehen diese nach Peplau mit Angsterfahrungen einher. Die Bedeutung der frühen Kindheit für das Selbst-System des Kindes und späteren Erwachsenen besteht darin, dass hier die Grundlage geschaffen wird. Das Selbst-System als solches ist für Veränderungen offen, weshalb neue Erfahrungen wie z.B. die Einschulung, eine Freundschaft, ein Krankenhausaufenthalt etc. immer das Potenzial in sich bergen, Änderungen im Selbst-System zu erzeugen, unabhängig davon, ob diese nun konstruktiv sind oder nicht (s. Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 303). Dieser Aspekt ist für die Gestaltung pflegerischer Beziehungen von immenser Bedeutung und weist darauf hin, dass die Qualität der Beziehung und die dort gemachten Erfahrungen Auswirkungen auf das Selbst-System des betroffenen Patienten wie auf das der Pflegekraft haben.

Peplau (1995: 243ff) geht davon aus, dass das Selbst-System mit dem Erlernen der psychologischen Aufgaben³⁰, etwa sich auf andere zu verlassen, eine Befriedigung aufzuschieben oder sich selbst zu identifizieren, zusammenhängt. Hierbei spielen die Reaktionen der Bezugsperson in Form von *Anerkennung* bzw. *Zustimmung*, *Ablehnung* und *Gleichgültigkeit* bzw. *Indifferenz* eine zentrale Rolle, insofern diese Reaktionen oder Beurteilungen die Inhalte des entstehenden Selbst-Systems des Kindes bestätigen oder nicht. In der Folge motivieren sie das Kind, Situationen herzustellen, die die von ihm verinnerlichten reflektierten Beurteilungen in Bezug auf sich selbst bestätigen. Anerkennung, Ablehnung und Gleichgültigkeit bzw. Indifferenz der Bezugspersonen haben Einfluss auf das sich herausbildende Selbst-System. Die wichtigste Funktion der dadurch hervorgerufenen adap-

³⁰ Eine weitere Aufgabe sieht sie im Erlernen partizipativer Fähigkeiten.

tiven Verhaltensweisen des Kindes besteht in der Reduzierung, Linderung oder Verhütung von Angst. Diese werden schließlich zu automatischen Verhaltensweisen oder Gewohnheiten. Eine andere Form, auf die Reaktionen und Haltungen der Bezugspersonen einzugehen, besteht seitens des Kindes im Lernen (in Verbindung mit dem Angstgradienten), ein Begriff, den Peplau (1979: 75) vom Begriff der Adaptation abgrenzt. Sie unterscheidet drei Hauptformen des Lernens:

1. Lernen durch Versuch und Irrtum
2. Lernen durch Imitation
3. Lernen durch die Analyse von Erfahrungen, d.h. durch die Eduzierung und Formulierung von Bedeutungen/Beziehungen.

Alle diese Formen ermöglichen dem Kind, sich selbst und seine Umwelt zu erfahren, wobei eine wichtige Aufgabe des Kindes darin besteht, Einschränkungen und Grenzen zu erkennen. Während die ersten beiden Lernformen eine Mischung von adaptiven Verhaltensweisen und Lernen sind, ist die dritte Lernform³¹ ein langwieriger Prozess. Dieser beinhaltet nach Peplau (1979: 75) Beobachtung, Beschreibung, Analyse vorhergehender Daten, die Formulierung und Zuschreibung von Bedeutung/Sinn, die Validierung und Prüfung sowie schließlich die Nutzung des Erlernten als dem Produkt, welches der validierte und überprüfte Sinn ist. Die Erfahrungen, die der Mensch im Verlauf seines Lebens macht, können entweder bei einer Veränderung der bestehenden Sicht auf das eigene Selbst helfen, oder sie können ein negatives Bild verstärken und dadurch ein weiteres Vorankommen erschweren. Je nachdem, wie diese sind, können sie zu einer Sicht auf sich selbst beitragen, in der der Mensch sich als nicht adäquat, nicht kompetent, nicht autonom oder nicht unabhängig von wichtigen Bezugspersonen erlebt und möglicherweise als jemand, der von anderen nicht wertgeschätzt oder dem nichts zugetraut wird (s. auch Peplau 1979: 77).

Bei der Herausbildung des Selbst-Systems sind die Häufigkeit, der Status der Bezugsperson und der Grad an erfahrener Angst von entscheidender Bedeutung (s. Peplau 1979: 36). Hierbei erweist sich das Selbst-System als Anti-Angst-System. Der Mensch meidet alle Dinge, die angstbesetzt sind und entwickelt Strategien, diese Dimensionen seines Selbst nicht in den Vordergrund zu bringen. Diese Strategien können als Sicherheitsstrategien oder Manöver bezeichnet werden, deren Funktion darin besteht, Angst zu vermeiden (s. Peplau 1989 in O'Toole/Welt 1989: 305f)

Neben diesen Beurteilungen anderer gehen die signifikanten Bezugspersonen bei der Herausbildung des Selbst-Systems im Laufe des Lebens des Kindes als ‚personifizierte Gewissenspersonen‘ in das Selbst-System ein. Peplau zufolge (1989 in O'Toole/ Welt 1989: 306f) handelt es sich bei diesen ‚personifizierten Gewissenspersonen‘ um eine vorübergehende handlungsleitende Funktion des Selbst-Systems, die im Erwachsenenalter von der Fähigkeit zur Selbstdisziplin und zur Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln abgelöst wird. Damit eine gewisse Stabilität innerhalb des Selbst-Systems aufrechterhalten werden kann, werden inkongruente Sichtweisen des Selbst-Systems in verschiedene Kategorien verwiesen. Die zwischen diesen Sichtweisen bestehenden figurativen Grenzen sind wiederum eine Funktion der Aufmerksamkeit und der Beziehung mit den damit zusammenhängenden alles umfassenden Angstvermeidungsstrategien des Selbst. Jene Selbstsichten, die im Bewusstsein akzeptiert werden, d.h. die im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen, werden schnell bemerkt und offen behauptet. Der Mensch kann mühelos über sie sprechen. Sie werden durch die Verwendung der Personalpronomen ‚Ich, mich, oder mein‘ kenntlich gemacht. Solche Aussagen enthalten die Bewertungen der anderen in Hinblick auf die eigene Person, die diese als ihre Sicht von sich selbst übernommen hat. Es handelt sich um wiederkehrende Bewertungen, die schließlich zu Inhalten des Selbst-Systems werden. Sullivan wie auch Peplau sind

³¹ An anderer Stelle (Peplau 1963 in O'Toole/Welt 1989: 348) beschreibt sie Lernen „als einen aktiven Prozess, in dem die Fähigkeiten zum Denken und zur Wahrnehmung sowie das zuvor erworbene Wissen zum Zwecke von drei wichtigen Zielen eingesetzt werden: 1) zum Erwerb neuen Wissens, um Ereignisse erklären zu können, 2) zur Förderung von Veränderung und 3) zur Lösung von Problemen“.

davon überzeugt, dass die frühen Erfahrungen für die Herausbildung des Selbst-Systems von zentraler Bedeutung sind, weil in dieser Zeit die Selbstwertschätzung und andere menschliche Kompetenzen entfaltet und entwickelt werden. Aber auch spätere Erfahrungen haben Einfluss auf das Selbst (s. Peplau 1989 in O'Toole/Welt 1989: 306f). Der Mensch ordnet die Selbstsichten grob gesehen drei Kategorien zu. Die erste bezeichnet Peplau mit ‚im Bewusstsein des Ich‘ (ich bin...), die andere Kategorie wird mit dem Begriff ‚selektive Unaufmerksamkeit‘ (könnte ich vielleicht sein) bezeichnet, während unter die dritte Kategorie ‚Abspaltung‘ (bin ich nicht) alles fällt, was aus dem Bewusstsein verdrängt wird. Der Mensch teilt in interpersonalen Beziehungen durch die Sprache, durch seine Handlungen und Haltungen, die damit verbundene Körpersprache und durch seine Erscheinung mehr oder weniger bewusst oder unbewusst mit, aus welchen Inhalten sein Selbst-System besteht. Peplau unterscheidet verschiedene Inhalte des Selbst-Systems, die und deren Definitionen in der nachstehenden Tabelle 5.1. aufgeführt sind.

Tab. 5.1: Inhalte des Selbst-Systems (Peplau 1989 in O'Toole/Welt 1989: 307f)

Inhalte des Selbst-Systems	Definition
Selbst-Sicht	Definitionen, Vorstellungen von sich selbst, die auf der Grundlage von reflektierten Beurteilungen, Inputs der Bezugspersonen in der Kindheit und weiteren Zufügungen, Aus- und Überarbeitungen, die aus späteren Lebenserfahrungen resultieren, bestehen. Wünsche, Haltungen, Meinungen und Ziele etc. sind u.a. deren Inhalte.
Selbst-Image	Das vorgestellte Bild von sich selbst, welches aus Erinnerungen oder der Phantasie stammt, und das auf die Außenwelt übertragen oder anderweitig vermittelt wird. Images sind ganz allgemein Repräsentationen dessen, was man sein möchte oder wie man von anderen gesehen werden möchte. Sie müssen von daher nicht mit den Selbst-Sichten und den anderen Inhalten des Selbst-Systems übereinstimmen.
Selbstwert	Mehr oder weniger ein Nebenprodukt einer interpersonalen, intimen Beziehung zwischen zwei Menschen des gleichen Geschlechts wie z.B. mit dem besten Freund oder mit Gleichaltrigen; Erfahrungen in der der persönliche Wert außerhalb der Familie bestätigt wird. Nach Sullivan findet dieses gewöhnlich zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr statt.
Selbstachtung	Inneres Gefühl der Selbstbetrachtung einschließlich des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten und in das eigene Urteilsvermögen.
Stellung/Position	Innerhalb einer Gruppe, eines Berufes etc. aufgrund der erreichten Leistungen und dem damit verbundenen Verdienst bzw. Nutzen.
Status	Verweist auf die offizielle und informelle Position eines Individuums im Verhältnis zu anderen z.B. in einer Gruppe, einer Familie, am Arbeitsplatz etc.

Für eine professionell verstandene Pflege ist es unerlässlich zu klären, welche Vorstellungen der jeweilige Mensch von sich selbst hat und was die Grundlage des eigenen Selbstkonzepts ist. Nach Peplau (1989 in O'Toole/Welt 1989: 299, 307f) ist die Pflegekraft in ihrer Arbeit mit Patienten³² auf eine allgemeine Vorstellung über die oben genannten Inhalte des Selbst des Patienten angewiesen. Einen ersten Eindruck vom Selbst und Selbstkonzept des Patienten kann die Pflegekraft während der ersten Kontaktaufnahme und im Rahmen der Pflegeanamnese gewinnen. Hier werden die Grundlagen für die Pflegekraft-Patient-Beziehung gelegt, insofern sich hier ein erstes, vorläufiges Verständnis des Selbst-Systems des Patienten herausbilden kann, aus dem wichtige Einsichten für die Gestaltung der Pflege gewonnen werden können.

³² Diese Aussage gilt unabhängig von der Organisation der pflegerischen Arbeit, ob diese aufgaben- oder patientenbezogen organisiert ist. Es liegt aber auf der Hand, dass Pflegesysteme, in denen wie bei der Primären Pflege den Pflegekräften Patienten statt Tätigkeiten zugewiesen werden (s. auch Peplau 1997: 163), den Aufbau und die Aufrechterhaltung (und die Lösung aus) einer Beziehung eher erlauben, als dies etwa bei der Funktionspflege oder Gruppenpflege der Fall ist (s. auch Mischo-Kelling/Schütz-Pazzini 2007).

5.4 PEPLAUS VERSTÄNDNIS DES SELBST UND DES SELBST-SYSTEMS II

Peplau übertrug die Ideen Sullivans konsequent auf die Pflege. Die Erfahrungen, die in der Pflegekraft-Patient-Beziehung gemacht werden, sind davon geprägt, ob und wie den Erfordernissen bzw. Bedürfnissen des Patienten entsprochen wird. Sie zeigt, welche Rolle dem Gebrauch der Sprache insgesamt in pflegerischen Situationen zukommt³³. Im Mittelpunkt der Pflegebeziehung stehen demnach die aus diesen Problemen erwachsenden Erfordernisse, die damit zusammenhängenden Gefühle, Einstellungen und Wertschätzungen sowie das Wissen des Patienten und das der Pflegekraft. Die Qualität der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient wird durch die Art und Weise bestimmt, wie die Pflegekraft auf die Probleme, Sorgen und Anliegen des Patienten eingeht. Hierbei ist von Bedeutung, wie der Patient seine Probleme, Sorgen etc. kommuniziert, ob sie von der Pflegekraft wahrgenommen und erkannt werden und wie sie auf dieselben eingeht. Im Mittelpunkt stehen weniger die Erfordernisse als solche, als vielmehr das Erkennen der Verhaltensmuster und -stile der Bedürfnisbefriedigung seitens des Patienten im Zusammenhang mit seiner gesundheitlichen Situation (s. Peplau 1987a in O'Toole/Welt 1989: 67, Sills/Beeber 1995: 39). Um in pflegerischen Situationen angemessen handeln, um diese zu einer für den Patienten relevanten Lernerfahrung gestalten zu können, muss die Pflegekraft diese Muster und die damit verbundenen Verhaltensweisen des Patienten zur Befriedigung seiner Bedürfnisse und zur Vermeidung von Angst erkennen. Diese Verhaltensmuster³⁴ geben Hinweise auf die Fähigkeit des Patienten, seine Probleme etc. anderen mitzuteilen und weisen darauf hin, in welcher Weise er gelernt hat, sich auf andere Menschen zu beziehen. Das Selbst-System eines Menschen spiegelt dessen Erfahrungen mit anderen Menschen wieder. Erst auf Grundlage dieser Kenntnis kann die Pflegekraft im Sinne eines edukativen Instruments wirken und ein Lernen beim Patienten evozieren. Die Pflegekräfte müssen sich dafür interessieren, auf welche Weise der Patient mit wichtigen Bezugspersonen und anderen Menschen interagiert (s. Peplau 1987a in O'Toole/Welt 1989: 67). Sie lenkt insofern die Aufmerksamkeit auf die Psychodynamik der interpersonalen Beziehung. Anhand klinischer Situationen arbeitet Peplau die wechselseitige Abhängigkeit von Patient und Pflegekraft heraus und zeigt auf, wie weit die mit dem pflegerischen Handeln verbundene Erfahrung ebenso an die handelnde Pflegekraft wie an den jeweiligen Patienten oder an die Situation gebunden ist. Durch ihr Eingehen auf den Patienten und durch die Art der Gestaltung ihrer Beziehung zu ihm kann die Pflegekraft, ihn in seinen Bemühungen, sich zu ändern, positiv unterstützen (s. Reed 1996: 58).

Um das von Peplau angestrebte Lernen in der Pflegekraft-Patient-Beziehung zu ermöglichen und zu fördern, müssen Pflegekräfte allgemeine Kenntnisse davon erwerben, wie die Menschen die verschiedenen psychologischen Aufgaben im Laufe ihres Lebens, in den verschiedenen Entwicklungsphasen (Kindheit, Pubertät, Erwachsenenalter und Alter) und in problematischen Situationen (Krisen unterschiedlichster Art, Krankheit, Behinderung, Leistungsbeeinträchtigung etc.) bewerkstelligen und wie das sich verändernde (reagierende, lernende, sich anpassende, wachsende) Selbst das Handeln des Menschen beeinflusst. Für die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient ist von Bedeutung, welche Sicht auf sich selbst beide in ihrem Leben ausgebildet haben und wie diese Sicht durch die verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen in beider Leben mehr oder weniger verstärkt worden ist. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft stellen in den verschiedenen Interaktionen wichtige Orientierungsgrößen für das menschliche Handeln dar. Eine ungefähre Vorstellung davon, wie der Patient sich auf andere Menschen bezieht, mit ihnen in Beziehung tritt und nach welchem Muster er letztere gestaltet, ist für die Aufrechterhaltung der pflegerischen Beziehung ebenso von Bedeutung wie die Reflexion darüber, wie die Pflegekraft sich auf diesen Patienten bezieht, mit ihm in Beziehung tritt, und nach welchem Muster sie diese gestaltet.

³³ Die Bedeutung, die Peplau der kommunikativen Kompetenz der Pflegekraft zuschreibt, geht über das hinaus, was heute allgemein unter dem Begriff ‚kommunikative Kompetenz‘ im Sinne einer Schlüsselqualifikation verstanden wird.

³⁴ Nach Peplau (1987a in O'Toole/Welt 1989: 62) können (Verhaltens-) Muster differenziert werden in intra- und interpersonale Verhaltensmuster sowie solche, die auf der Systemebene anzusiedeln sind. Hiermit sind Verhaltensmuster von Menschen innerhalb sozialer Institutionen gemeint.

Wie bei jeder Lebensproblematik wird der Mensch auch in der Pflegekraft-Patient-Beziehung mit den seinem Selbst-System zugrundeliegenden Gefühlskonstellationen konfrontiert. Bezogen auf die Pflege und dem von der Pflegekraft zu ermittelnden Pflegebedarf des Patienten bedeutet das, dass der Patient immer als ganze Persönlichkeit involviert ist und sich als insoweit Gewordener zu seinen gegenwärtigen Problemen verhält (s. Peplau 1995: 248f). Ebenso reagiert und verhält die Pflegekraft sich in diesen Situationen immer als die einmal so Gewordene. Hier kommen die drei Aspekte des ‚Selbst-Dynamismus‘ in den interpersonalen Beziehungen zum Tragen, d.h. die Inhalte des Selbst-Systems, die im Bewusstsein vorhanden sind (das Ich), die selektiv unbeachteten Inhalte (das Vielleicht-Ich) und die dissoziierten Inhalte (das Nicht-Ich) des Selbst-Systems (s. auch Pkt. 5.3.2). Im folgenden soll auf die eingangs erwähnten vier für die Pflegekraft-Patient-Beziehung relevante Schlüsselkonzepte eingegangen werden, auf die Konzepte der Wechselseitigkeit, der Phasenbezogenheit, der Bedürfnisse und Stufen der Angst sowie des interpersonalen Lernens (Beeber et al. 1990, Sills/Beeber 1995: 40). Im Mittelpunkt stehen das Selbst und das Selbstkonzept von Pflegekraft und Patient.

5.4.1 ZUR ROLLE DES SELBST UND DES SELBSTSYSTEMS IN DEN FÜR INTERPERSONALE BEZIEHUNGEN ZENTRALEN KONZEPTEN PEPLAUS

Die als interpersonalen und therapeutischen Prozess verstandene Pflege ist ein zeitlicher und zielgerichteter Prozess. Er besteht aus bestimmten Schritten, Tätigkeiten oder Verrichtungen, die die Teilnahme zweier oder mehrerer Menschen voraussetzen. Diese können von den ablaufenden Interaktionen profitieren oder nicht. Peplau (1995: 27f) differenziert zwischen zwischenmenschlichen und technisch-pflegerischen Handlungen. Letztere lassen sich im pflegerischen Prozess nicht auf ihre technische Seite beschränken, da alle pflegerischen Handlungen immer im Kontext der Beziehung zum Patienten stattfinden. Bei der Durchführung pflegerischer Handlungen, etwa bei der Unterstützung der Körperpflege oder bei der Nahrungsaufnahme kommt es nicht allein auf die technischen Fertigkeiten einer Pflegekraft an, sondern auch und vor allem auf ihre Kompetenz, wie sie diese in einem sozialen Handlungszusammenhang in der Auseinandersetzung mit einem bestimmten Patienten oder in der Beziehung zu ihm interaktiv umsetzt und welche Verhaltensmuster hierbei zum Tragen kommen. In diesem Zusammenhang muss sie die in der interpersonalen Beziehung ablaufenden psychodynamischen Prozesse im Blick haben und in der Lage sein, adäquat auf diese einzugehen. Insofern bestätigt sie in ihrem Tun und in ihren auf das Verhalten des Patienten bezogenen Reaktionen auch die Inhalte seines Selbst-Systems.

An dieser Stelle soll der Faden wieder zu den eingangs erwähnten professionellen Kompetenzen einer Pflegekraft aufgenommen werden, die Peplau auf der Basis ihres Professionsverständnisses diskutiert. Das erste zentrale Merkmal professioneller Pflege besteht nach Peplau darin (1965 in O’Toole/Welt 1989: 45), dass ihr Fokus der Patient ist. Soll dieser Fokus im Verlauf der Pflegekraft-Patient-Beziehung nicht aus dem Blick geraten, muss sich die Pflegekraft auf den Pflegebedarf des Patienten konzentrieren³⁵. Die Kompetenzen der Pflegekraft materialisieren sich in der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient und in den hierbei stattfindenden Interaktionen, indem die Pflegekraft ihr ‚Selbst‘ als edukative, die Reife fördernde Kraft in diesen Prozess einbringt. Sie hat die Funktion eines edukativen Mediums³⁶, eines Instruments oder Katalysators im Sinne eines Mittels der Gestaltung, das einen positiven Wandel im Patienten bewirken kann. Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, muss die Pflegekraft bereit sein, ihre Aufmerksamkeit den interpersonalen Prozessen zuzuwenden, die zwischen ihr und dem Patienten ablaufen. Ferner gilt es, das eigene Handeln sowie die Reaktionen, die dieses beim Patienten

³⁵ Peplau hebt immer wieder hervor, dass pflegerische Situationen nicht zur Bewältigung der Probleme der Pflegekraft missbraucht werden dürfen. Letztere müssen außerhalb pflegerischer Situationen, z.B. im Rahmen der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung angegangen werden. Die Aufgabe der Pflegekraft ist nicht, „die Probleme des Patienten zu lösen“, sondern sie ermöglicht ihm im Rahmen der gegenseitigen Beziehung, seine eigene Fähigkeit der Problemlösung oder -bewältigung zu entdecken und auszuschöpfen (s. auch Sills/Beeber 1995, Forchuk 1993).

³⁶ Wenn Peplau im Englischen von der Pflege als einem „educative instrument, a maturing force“ spricht, so ist damit Bildung mehr in einem sozialen Sinn sowie als Erfahrungsbildung und –strukturierung zu verstehen; weniger in einem streng pädagogischen Sinn (s. Peplau 1963 in O’Toole/Welt 1989: 348ff)..

ten auslöst, sowie auch umgekehrt die Reaktionen, die das Handeln des Patienten bei ihr selbst hervorruft, zu reflektieren (Peplau 1995, O'Toole/Welt 1989, Simpson 1991, Forchuk 1993, Forchuk et al. 1998a, Forchuk et al. 2000, Sills/Beeber 1995). Die Pflegekraft sollte in sozialen, vor allem in pflegerischen Situationen, in sich selbst diejenigen Prozesse in Gang setzen können, die sie in ihrer persönlichen Entwicklung sowie in der Weiterentwicklung ihrer beruflichen Kompetenzen voranbringen. Letzteres ermöglicht ihr, das zweite Merkmal, das mit dem Begriff der Pflege als Profession assoziiert wird, das Konzept der ‚Wissenschaft‘ für die Praxis nutzbar zu machen, indem wissenschaftliche Erkenntnisse in Form von theoretischen Konzepten und Forschungsergebnissen in der Praxis angewendet werden, um die im Blick stehenden Phänomene verstehen und erklären sowie geeignete Maßnahmen zur Änderung der gegebenen Situation ergreifen zu können (s. Peplau 1988: 11f).

Peplau (1995: 17) betrachtet es als Pflicht der professionellen Pflegekraft, ihr berufliches Wissen in Pflegesituationen einzubringen, es ständig zu revidieren und zu erweitern. Die kontinuierliche Aktualisierung des eigenen Wissens und die Reflexion des eigenen Handelns ist erforderlich, da es immer wieder schwierig ist, das in einer Pflegesituation gerade vorherrschende Thema bzw. Problem, d.h. die bedeutsamen interpersonalen Ereignisse zu erkennen und zu validieren (Peplau 1954 in O'Toole/Welt 1989: 6). Peplau betont weiter, dass pflegerische Situationen und die sich in ihnen ereignenden interpersonalen und intrapsychischen Vorgänge komplex sind, ebenso wie die Rollen, die der Pflegekraft in der jeweiligen Situation abverlangt werden können. Diese stellen an die Pflegekraft Anforderungen unterschiedlicher Grade und Flexibilität. Die Aufgaben, die der Pflegekraft in einer psychodynamisch verstandenen Pflege zufallen, bestehen für sie darin,

- ihr eigenes Handeln zu verstehen
- anderen beim Erkennen ihrer gefühlten Schwierigkeiten zu helfen
- die Prinzipien menschlicher Beziehungen auf die Probleme anzuwenden, die sich auf allen Ebenen der Erfahrung ergeben (Peplau 1995: 17).

Die professionelle Pflege beinhaltet prinzipiell die Möglichkeit, die wiederkehrenden täglichen Probleme und Sorgen der Menschen nach Umfang, Reichweite und den unterschiedlichen Intensitäten zu bestimmen und zu untersuchen. Sie kann den Patienten beim Umgang mit Situationen helfen, in denen sie zusätzlichem Stress und Belastungen ausgesetzt sind. Hieraus ergibt sich die Chance, die Möglichkeiten zu erkennen und zu ergründen, über die die zu pflegenden Menschen bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen verfügen. Zum anderen haben die Pflegekräfte die Möglichkeit, mit den Patienten neue Formen der Bewältigung zu erkunden, die dazu dienen, die Bewältigungsmöglichkeiten (Copingstrategien) der Patienten zu erweitern (vgl. Peplau 1995: 18). So gesehen beinhaltet die pflegerische Situation, d.h. jeder Kontakt zwischen Pflegekraft und Patient, unendliche Chancen für Lernerfahrungen der beteiligten Personen³⁷. Peplau siedelt den primären Zuständigkeits- und Autoritätsbereich der Pflege in der Pflege (nurturing) und Unterstützung der Patienten bei ihrer Persönlichkeitsentwicklung durch geeignete pflegerische Maßnahmen an. Die Pflegekräfte sollen aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage sein, menschliche Verhaltensweisen aus verschiedenen Lebenssituationen heraus deuten und verstehen zu können, um die Patienten in ihrer Entwicklung durch die konstruktive Nutzung der ihnen innewohnenden und in der Situation zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu fördern. Eine hiermit zusammenhängende Aufgabe der Pflege sieht Peplau (1969a in O'Toole/Welt 1989: 28) in der Entwicklung einer Nomenklatur für Pflegeprobleme (Pflegediagnosen) sowie in der Definition dieser Konzepte. Sie sollten der Erklärung von Phänomenen dienen und Pflegehandlungen leiten. Damit spricht sie den Gegenstandsbereich der Pflege an. Hiernach befasst sich die Pflege

„mit Verhaltensweisen (Reaktionen) von Patienten oder Klienten auf die Umstände ihrer Krankheit oder Gesundheitsprobleme; der Bereich der Medizin wird nur dann überlappt, wenn Krankheitsprozesse mehr im Vordergrund stehen (Merens, 1966; Peplau 1955). Unter der Voraussetzung, dass die Krankheit eine Chance zum Lernen und zum Wachsen (Reifen) durch die Konfrontation mit den Professionellen eröffnet,

³⁷ Peplaus Verständnis von Pflege steht in Einklang mit der Definition des Zuständigkeitsbereichs der beruflichen Pflege der ANA, an deren Erarbeitung sie als Mitglied der Task Force beteiligt war (s. ANA 2003).

sollte der Stress dieses Ereignisses diejenige Energie mit sich bringen, auf die die Profession sich ein Anrecht sichern sollte, mit dem Fokus, den Patienten bei der Erlangung intellektueller und interpersoneller Kompetenzen zu helfen, die über diejenigen hinausgehen, die sie zum Zeitpunkt der Erkrankung hatten, indem pflegerische Praktiken in Gang gesetzt werden, welche die Erzeugung dieser Kompetenzen durch Pflegekraft-Patient-Interaktionen fördern“ (s. Peplau 1969a in O’Toole/Welt 1989: 28).

Ein weiterer Verantwortungsbereich besteht in einer auf Kooperation beruhenden Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen (s. Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 271).

Die Pflegekraft sollte den Pflegebedarf des Patienten in einer gegebenen Situation aus dem Verlauf der Beziehung erkennen können. Auch wenn eine direkte Beziehung zwischen dem Pflegebedarf eines Patienten und seinem gesundheitlichen Problem angenommen werden kann, muss gesehen werden, dass das Ausmaß der pflegerischen Bedarfslage erheblich variieren kann³⁸. Zudem kann der pflegerische Bedarf eines Patienten aufgrund der Situation und der unterschiedlichen Beziehung, die dieser Patient zur Pflegekraft hat, weitere auf den individuellen Patienten bezogene pflegerische Maßnahmen erforderlich machen. Hier wird deutlich, dass der Pflegebedarf eines Patienten sich nicht einzig und allein aus der medizinischen Diagnose und den medizinischen Maßnahmen bestimmt. Die Pflegekraft muss den pflegerischen Bedarf des Patienten ebenso erkennen und verstehen, wie das Krankheitsbild erkannt und verstanden werden muss. Nach Peplau ist die Feststellung des pflegerischen Bedarfs keine einmalige Angelegenheit. Sie ist zunächst eine vorläufige und sie wird mit zunehmendem Verständnis im Verlauf der Pflegekraft-Patient-Beziehung kontinuierlich revidiert. Kompliziert wird das Ganze dadurch, dass die medizinisch angeordneten Maßnahmen ihrerseits zu einem weiteren Pflegebedarf führen können. Schon früh erkannte Peplau, dass es trotz eines gewissen Zusammenhangs zwischen medizinischer Diagnose und Pflegebedarf³⁹ wichtig ist, diese als zwei verschiedene Tatbestände zu begreifen, die jeweils für sich geklärt und zueinander in Beziehung gesetzt werden müssen. Das Nichterkennen eines pflegerischen Bedarfs kann sich negativ auf den Krankheitsverlauf (vgl. Peplau 1989 in Toole/Welt 1989: 273) auswirken, während die Berücksichtigung des pflegerischen Bedarfs den Genesungsprozess positiv beeinflussen kann⁴⁰. Dieser Zusammenhang ist von Forchuk und MitarbeiterInnen (1998a, 2000) bei Patienten mit einer chronischen psychiatrischen Erkrankung untersucht und bestätigt worden.

Die Umsetzung des pflegerischen Handelns ist an die handelnde Pflegekraft, an den jeweiligen Patienten und an die jeweilige Situation gebunden. Da die Handlungen der Pflegekraft positive wie negative Auswirkungen auf den Patienten haben können, ist es zwingend erforderlich, dass die Pflegekraft ihre Beziehung zum Patienten kontinuierlich reflektiert und ihr theoretisches Wissens bewusst, also nicht unbewusst und routinemäßig, einsetzt. Die hierbei gewonnenen Einsichten können zur Erweiterung ihrer Handlungs- und Wirkungsmöglichkeiten in der unmittelbaren Interaktion mit Patienten beitragen⁴¹ (s. Peplau 1989 in O’Toole/Welt 1989: 273). Die zur

³⁸ Zwei Patienten mit dem gleichen operativen Eingriff oder mit derselben medizinischen Diagnose können einen völlig unterschiedlichen Pflegebedarf haben, auf den die Pflegekraft jeweils anders eingehen muss. Daher ist es möglich, dass die mit dem Eingriff verbundenen routinemäßigen prae- und postoperativen Maßnahmen auf unterschiedliche Weise bei diesen Patienten durchgeführt werden müssen.

³⁹ Der Pflegebedarf kann mit einer Pflegediagnose näher bezeichnet werden.

⁴⁰ Peplau will in ihrer eigenen beruflichen Laufbahn immer wieder beobachtet haben, dass ein für den Patienten nützlicher Lernprozess in Gang gesetzt werden kann, wenn sich die Pflegekraft auf seinen Pflegebedarf konzentriert (s. Peplau 1965 in O’Toole/Welt 1989: 45). Die Untersuchung von Gwen Tudor (1952/1982) illustriert diesen Sachverhalt anschaulich. Es ist m.E. das Verdienst von Peplau (s. auch Silverstein 2003: 123) die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient, bzw. das, was darin geschieht, zum Thema systematischer Untersuchungen gemacht zu haben und dieser Beziehung so den Boden für eine Verklärung ins Mythische, Religiöse oder Ideologische entzogen zu haben. Auch deshalb ist die Entwicklung interpersonaler Kompetenzen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung von herausragender Bedeutung.

⁴¹ Hiermit ist ein weiteres Merkmal professioneller Pflege angesprochen, nämlich dass die Pflegekraft die teilnehmende Beobachtung als Mittel zur Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung bewusst einsetzt. Im Mittelpunkt der Beobachtung stehen ihr eigenes und das Verhalten des Patienten, d.h. die zwischen ihnen ablaufenden Interaktionen. Was dort geschieht, also das gesamte Verhalten von Pflegekraft und Patient, kann danach untersucht werden, was mitgeteilt werden soll, was dadurch herausgefordert wird und welche Gefühle erzeugt werden (s. Peplau 1965 in O’Toole/Welt 1989: 47). Diese Idee

Lösung der gesundheitlichen und pflegerischen Probleme des Patienten erforderlichen Maßnahmen können durchaus die üblichen technischen Pflegemaßnahmen und Hilfsmittel (z.B. Fiebermessen, die Überwachung eines frischoperierten Patienten, die Durchführung von Prophylaxen) beinhalten. Für die Angemessenheit des Pflegehandelns gilt der nicht zu hintergehende Umstand, dass die verschiedenen Maßnahmen immer in einem sozialen Kontext und in einer sozialen Beziehung erfolgen. Die Patienten als Empfänger der pflegerischen Maßnahmen reagieren auf das, was hier geschieht. Sie müssen dieses in ihre Erfahrungswelt integrieren (s. auch Peplau 1954 in O'Toole/Welt 1989: 11ff). Die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient bietet vielfältige Möglichkeiten des interpersonalen oder sozialen Lernens im Sinne der Erfahrungsstrukturierung. Inwieweit diese allerdings genutzt werden, hängt davon ab, ob interpersonale Probleme bzw. Herausforderungen wahrgenommen und verstanden werden und ob die Pflegekräfte in der Lage sind, mit dem Patienten entsprechende Lösungen zu erarbeiten (s. Peplau 1995: 12, Sills/Beeber 1995: 45). Damit der Prozess der Pflege als persönlichkeitsförderndes und -bildendes Medium genutzt werden kann, müssen die Pflegekräfte in der Lage sein, eine pflegerische Situation, z.B. die Unterstützung des Patienten bei der Körperpflege so zu strukturieren bzw. zu gestalten, dass diese im Sinne eines sich Weiterentwickelns und Lernens des Patienten (aber auch ihrer selbst) verarbeitet werden kann. Die Aufgabe der Pflegekraft ist es, Situationen herzustellen, die es vor allem dem Patienten ermöglichen, seine Kapazitäten im Sinne der Problembewältigung und darüber hinaus im Sinne einer persönlichen Entwicklung auszuschöpfen und zu entfalten.

Hier kommt die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen ins Spiel. Diese sollte nach Peplau auf echter Kooperation beruhen. Die Pflege ist eine der vielen Aufgaben, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung vom professionellen Gesundheitsteam wahrgenommen werden muss. Die Zuständigkeit der Pflegekraft und die Zielsetzung der pflegerischen Aufgaben leiten sich nach Peplau jedoch primär aus der konkreten Situation eines Patienten ab, in der die verschiedenen Gesundheitsberufe gemeinsam an der Verbesserung der Gesundheit des Einzelnen arbeiten. Die wahrzunehmenden Aufgaben werden zwischen der Pflegekraft und dem Patienten sowie zwischen der Pflegekraft und dem gesamten Team ‚ausgehandelt‘. Zu welchem Ergebnis dieser Aushandlungsprozess führt, hängt u.a. davon ab, wie die Pflegekraft ihre Rolle in Bezug auf den Patienten und in Bezug auf die Rollen der übrigen Teammitglieder sieht und darstellen kann⁴². Die Aufgabe bzw. die Rolle der Pflegekraft ist weder feststehend noch gleichbleibend, sondern situations- und personenabhängig. Wie diese Aufgabe von den Pflegekräften wahrgenommen und ausgefüllt wird, hängt von ihrem Wissen um die Menschen ab, die sie in klinischen und anderen Situationen erleben, und davon, ob und wie sie pflegerische Theorien und die Prinzipien der für die Pflege relevanten Bezugswissenschaften in pflegerischen Situationen anwenden können. Hier zeigt sich, ob die Pflegekraft das dritte Merkmal der professionellen Pflege verstanden hat, das auf ein Bewusstsein der ihr in der Beziehung zum Patienten abverlangten ‚Arbeitsrollen‘ zielt (s. Peplau 1965 in O'Toole/Welt 1989: 47). Das vierte Merkmal professioneller Pflege besteht nach Peplau darin, dass sie primär erkundend ist. Auch hierbei ist die Pflegekraft im weitesten Sinn auf sich selbst, ihre Fähigkeiten und ihr Wissen angewiesen. Sie muss in der Lage sein, eine Beziehung zum Patienten einzugehen. Peplau macht darauf aufmerksam, dass die Pflegekraft sich nur auf das beziehen kann, was sie selbst sieht und wahrnimmt, was sie also innerhalb des ihr zur Verfügung stehenden Zeitrahmens sieht und tut, sowie auf die Kompetenz, die sie im Laufe ihrer Ausbildung und beruflichen Erfahrung erworben hat. In diesem Zusammenhang erachtet Peplau vor allem den bewussten Gebrauch der Sprache als unerlässlich. Als das fünfte und wichtigste Merkmal professioneller Pflege betrachtet

wird inzwischen vor allem in Großbritannien unter dem Stichwort ‚reflective practice‘ aufgegriffen. (s. Johns 2006; Manley et al. 2008)

⁴² Der Umstand, dass die Gesundheitsberufe und insbesondere Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam mit dem Patienten an dessen Gesundheit arbeiten, bedeutet nicht, dass beide nicht einen eigenen Zuständigkeitsbereich hätten.

Peplau die Anwendung von Theorie. Danach greift eine Pflegekraft in pflegerischen Situationen auf drei prinzipielle Handlungsweisen⁴³ zurück:

- Beobachtung
- Interpretation
- Intervention (Peplau 1965 in O'Toole/Welt: 49).

Was die Beobachtung betrifft, differenziert Peplau verschiedene Formen. Die für die Pflege relevante Form ist die der teilnehmenden Beobachtung und die der ‚empathischen‘ oder ‚gefühlten Verbindung‘ (empathic linkages)⁴⁴. Bei der erstgenannten Form steht das Handeln einschließlich der daraus folgenden Reaktionen der Beteiligten, d.h. von Pflegekraft und Patient, im Mittelpunkt. Das, was zwischen den Personen geschieht, d.h. die Phänomene in der Interaktion wie z.B. Gefühlsäußerungen, das Mitgeteilte, die nonverbalen Gesten, die Artikulation des Pflegebedarfs, eines Problems, von Sorgen, Spannungen etc., liefern die für die Pflege wichtigen Daten bzw. Informationen (s. Peplau 1987a: 69, 1992b: 14, 1997: 162f). Um diese unterschiedlichen Arten von zwischenmenschlichen Daten zu deuten, kann die Pflegekraft das Gesagte bzw. Beobachtete decodieren, es mit Hilfe von Theorien interpretieren und entsprechend schlussfolgern. Die Schlussfolgerung spielt beim Umgang mit interpersonellen Daten eine wichtige Rolle, wobei die Schlüsse überprüft bzw. validiert werden müssen. Letztere ist vor allem in Hinblick auf die Einschätzung und ggf. erforderliche Änderung des Verhaltens wichtig. Im nächsten Schritt steht das Handeln von Patient und Pflegekraft in der Pflegekraft-Patient-Beziehung im Mittelpunkt.

5.4.2 DAS KONZEPT DER WECHSELSEITIGKEIT

Für das Verständnis dieses Konzepts ist wichtig anzuerkennen, dass das pflegerische Handeln immer in einem sozialen Kontext stattfindet, d.h. in der direkten Begegnung mit dem Patienten. Der Patient als Empfänger pflegerischer Dienstleistungen - seien es Gespräche, die Durchführung pflegerischer Maßnahmen oder die Verabreichung von Medikamenten - reagiert auf diese. Die Anforderung an die Pflegekraft besteht darin, die hierfür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Ob die Pflegekraft will oder nicht, sie kann nicht verhindern, dass in der Beziehung zum Patienten seine alltäglichen Sorgen wie z.B. seine Angst vor einem Eingriff, vor der Diagnose, vor dem Leben mit der Krankheit oder vor einer möglichen Pflegebedürftigkeit zur Sprache kommen. Dabei können ältere Gefühle bzw. mitgeschleppte ungelöste Probleme ‚wieder hochkommen‘ und sich als Schwierigkeiten erweisen, die aus früheren Zusammenhängen resultieren. Wie schon gesagt, liegt der Fokus auf dem Patienten und seinem Pflegebedarf. Dieser bestimmt in beträchtlichem Umfang die Aufgaben, die sich aus der pflegerischen Situation ergeben. Der interpersonale Prozess der Pflege wird dann zu einem therapeutischen Prozess, wenn die Pflegekraft den pflegerischen Bedarf einschließlich der damit verbundenen psychologischen Erfordernisse kompetent interpretiert, auf sie eingeht und den Patienten befähigt, neue Probleme zu meistern (s. Peplau 1995, Sills/Beeber 1995: 40).

Anfänglich stehen sich Pflegekraft und Patient als Fremde gegenüber. Erst im Verlauf der Beziehung kann sich ein wechselseitiges Gefühl der Zusammengehörigkeit und ein Gefühl der Verbundenheit herausbilden, welches sodann genutzt wird, um ein interpersonales Lernen sowohl hinsichtlich der Sorgen, Probleme und Herausforde-

⁴³ Diese Handlungsweisen sind vergleichbar mit den Handlungsweisen des im Kap. 4 beschriebenen allgemeinen professionellen Handlungsmodells.

⁴⁴ Der Begriff der ‚empathic linkages‘ beschreibt die Fähigkeit, in sich selbst das Gleiche zu fühlen wie es eine andere Person tut oder andere Personen in der gleichen Situation tun (s. Peplau 1997: 163). Dies gilt gleichermaßen für Pflegekraft und Patient. Für Peplau besteht ein wichtiges Prinzip darin, dass die Pflegekraft diese ‚gefühlte Verbindung‘ artikuliert, um so nachempfundenen Ereignissen wie Ärger, Angst etc. mittels verbaler Kommunikationen einen neuen Rahmen zu geben (sie zu reframe). In Anlehnung an Sullivan beschreibt Beeber (1996: 154) die ‚empathische‘ Verbindung am Beispiel der Eltern-Kind-Beziehung. Das Bedürfnis des Kindes nach Zärtlichkeit aktiviert in den Eltern das Bedürfnis Zärtlichkeit zu geben. Die interpersonale ‚Synapse‘, durch die die Übermittlung dieses Bedürfnisses erfolgt, wird durch die ‚empathic linkage‘ die die beiden Menschen gefühlsmäßig miteinander verbindet, ermöglicht.

rungen des täglichen Lebens wie der Krankheitserfahrung selbst in Gang zu setzen (s. auch Peplau 1997: 163). Die Möglichkeit der Erfahrungsbildung ist keine einseitige Sache. Sie besteht für alle an der Situation beteiligten Personen. Wie sehr sich der Patient in der Beziehung aufgehoben und verstanden fühlt, hängt in starkem Maße von den persönlichen Fähigkeiten der Pflegekraft ab. Wie die hier gemachten Erfahrungen von den Beteiligten verarbeitet werden, hat sehr viel mit der Sicht beider Seiten auf ihr jeweiliges Selbst zu tun. Peplau (1995: 248f) sagt:

„Die Sicht, die der Einzelne auf sich selbst hat, wird in jeder interpersonalen Beziehung riskiert; sie wird oft unwissentlich durch unterschiedliche Verhaltensweisen geschützt. Patienten, die einer konkreten Hilfe bedürfen [...] benutzen diesen Bedarf an Hilfe oft, um sich davor zu schützen, ihr Verlangen nach Abhängigsein auszudrücken. [...] Das Selbst reagiert jeweils selektiv auf die Erfahrungen und ist der Organisator und Integrator der Erfahrung“.

Hier kommt zum Tragen, was ein bestimmtes Verhalten, sei es des Patienten oder der Pflegekraft, in der konkreten Situation für den Patienten im Sinne seiner Wahrnehmung dieses Ereignisses bedeutet. Dadurch erhält die Pflegekraft Hinweise darauf, wie das Verhalten dem Patienten nützt. Um das Verhalten des Patienten verstehen und im Sinne der konstruktiven Erfahrungsbildung adäquat darauf eingehen zu können, muss sie eine professionelle Beziehung zum Patienten aufbauen. Voraussetzung hierfür ist ein gewisses Verständnis der Selbst-Wahrnehmung des Patienten und seiner Sicht der gegenwärtigen Situation, vor allem auch deshalb, weil nicht alle Aspekte des Selbst-Dynamismus in einer zwischenmenschlichen Beziehung gleichermaßen zum Tragen kommen. Die Pflegekraft muss sich bewusst sein, dass das Selbst des Patienten stets selektiv auf die Pflegekraft, auf die Pflege und die gesamte Versorgung bzw. auf die unterschiedlichen Facetten einer Situation reagiert. Die Pflegekraft kann das, was der Patient in ihr hervorruft, überprüfen und mit ihm daran arbeiten, eine gewisse Klarheit darüber herzustellen, wie er sich selbst und das vorhandene gesundheitliche Problem wahrnimmt. Hier zeigt sich, ob die jeweilige Arbeitsorganisation der Pflege z.B. im Krankenhaus die Aufnahme einer professionellen Beziehung zum Patienten und die Aufrechterhaltung derselben während der Dauer seines Aufenthaltes überhaupt ermöglicht (s. Nordal/Salto 1980, Peplau 1997: 163, Forchuk 1998a, 2000). Letzteres ist die Voraussetzung dafür, dass die Pflegekraft problematische Situationen erfassen und positive Kräfte beim Patienten erkennen und freisetzen kann. Indem sie dem Patienten hilft, die problematischen Elemente seiner aktuellen Situation zu bestimmen und etwas von dem herauszufinden und zu verstehen, was im Verlauf seiner Erkrankung mit ihm geschieht, tut sie beides:

- sie erweitert ihre eigenen Einsichten
- und hilft dem Patienten zu wachsen (s. Peplau 1989, 1995, Sills/Beeber 1995)

Auch wenn Patienten unterschiedlich auf die sich im Alltag stellenden Herausforderungen reagieren, liegt ihrem Verhalten ein für sie charakteristisches Verhaltensmuster zugrunde. Hieraus leitet Peplau für die Pflege ab, dass

„die Pflegekraft sich auf den Patienten nur insoweit als auf ein Ganzes beziehen [kann], als sie fähig ist, seine ganze Persönlichkeit in seiner Ausrichtung auf sein Problem zu erkennen. Ebenso erkennt der Patient die Pflegekraft an der Art, wie sie das auftretende Problem mit ihm angeht. [...] Er sieht sie durch die Haltung, die sie gegenüber seinen Probleme offenbart, ob er sie nun als hilfreich oder als Affront gegen seine Person wahrnimmt“ (Peplau 1995: 249f).

Peplau hat verschiedene, in pflegerische Situationen vorkommenden ‚Verhaltensmuster‘ beschrieben, deren Wesen (inklusive der Varianten), Entstehungsgeschichte, Funktionsweise (Intention, Motiv, Ziel), Modus (Form und Stil) und Art der Integration eine Pflegekraft verstehen sollte. Diese Muster können sich bspw. in der Art und Weise äußern, wie ein Patient die verschiedenen Teilaktivitäten innerhalb einer der im RLT-Modell beschriebenen Aktivitäten ausführt, wie er denkt, fühlt, wie er Probleme löst oder wie er handelt. Was das Handeln in interpersonalen Beziehungen angeht, können diese Verhaltensmuster des Patienten mit den Verhaltensmustern einer Pflegekraft so zusammentreffen, dass sie sich ergänzen, dass sie gegenseitig bzw. beiderseitig sind, dass sie sich abwechseln oder dass sie im Sinne einer ‚Passung‘, eines ‚Gegenstücks‘ oder einer ‚Fehlantwortung‘ entge-

genwirkend (antagonistisch) sind (s. Peplau 1987a, 1985 in O'Toole/ Welt 1989, 1992b, 1997)⁴⁵. Beeber (1996) diskutiert solche Verhaltensmuster in Zusammenhang mit dem Selbstwert und der Selbstwertschätzung von depressiven Frauen. Die Selbstwertschätzung spiegelt die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie in die Wahrnehmung der Selbstbestimmung im Sinne der Selbststeuerung, -kontrolle und -disziplin wieder. Hierbei spielt die Beurteilung durch andere eine zentrale Rolle. Um eine bestimmte Sicht auf sich selbst in interpersonalen Beziehungen aufrechterhalten zu können, entwickelt der Mensch entsprechende Verhaltensstrategien, bei denen das Selbst-System als Anti-Angstsystem ins Spiel kommt. Eine gewisse Wachsamkeit seitens der Pflegekraft für diese Funktionsweise menschlichen Verhaltens (bewusst wie unbewusst, sei es für das Verhalten des Patienten oder ihr eigenes) ist erforderlich, damit pflegerisches Handeln hilfreich sein und ein Lernprozess initiiert werden kann. Zu letzterem kommt es, wenn die Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem Patienten dynamisch verläuft. Dies ist der Fall, wenn ein lebendiger, wechselseitiger Austausch zwischen Pflegekraft und Patient stattfindet und eine gegenseitige Beziehung möglich wird, in der die unterschiedlichen Rollen gewahrt bleiben und als solche angenommen werden. Peplau geht davon aus, dass

„der Pflegeprozess therapeutisch und edukativ (ist), wenn die Pflegekraft und der Patient dahin gelangen, einander kennenzulernen und zu respektieren, und zwar als Personen, die gleich und dennoch verschieden sind, als Personen, die sich in die Lösung der Probleme teilen.“ (Peplau 1995: 32)

In der Pflegebeziehung müssen die Pflegekraft und der Patient einander soweit kennenlernen, dass sie die gegebenen Probleme kooperativ angehen können. Hierbei kann man sich die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient als ein Kontinuum vorstellen, an dessen Anfang zwei Personen mit unterschiedlichen Zielen und Interessen stehen und an dessen Ende zwei Personen gemeinsam daran arbeiten, eine gegenwärtige Schwierigkeit zu beheben, von der sie ein gemeinsames Verständnis haben. Hiermit ist das Konzept der Phasenbezogenheit angesprochen.

5.4.3 DAS KONZEPT DER PHASENBEZOGENHEIT

Die Beziehung, die zwischen Pflegekraft und Patient im Laufe des Pflegeprozesses aufgebaut wird, ist zunächst ‚improvisiert‘ (s. Peplau 1997: 163). Gleichwohl hat sie eine grundlegende Struktur, die aus mehreren Phasen besteht:

- Orientierung
- Identifikation
- Nutzung
- Ablösung (Peplau 1995:41ff).

Im Gegensatz zu anderen sozialen Formen von Beziehungen ist diese Beziehung zeitlich befristet und stellt in den einzelnen Phasen spezifische Anforderungen an die Pflegekraft (s. Peplau 1992b, 1997). Die Phasen der Identifikation und der Nutzung können zusammengefasst auch als ‚Arbeitsphase‘ bezeichnet werden (s. Peplau 1979, Forchuk 1993). Die Phasen können sich überlappen, und es können sich frühere Phasen in einer späteren Situation wiederholen. In diesem Prozess, in dessen Verlauf sowohl der Patient als auch die Pflegekraft eine Entwicklung durchlaufen, werden beiden entsprechend dem Entwicklungsprozess verschiedene Rollen abverlangt. Diese bestimmen sich aus der Interaktion, sie sind situations-, problem- und phasen- bzw. entwicklungs-spezifisch.

5.4.3.1 ORIENTIERUNG

In der Phase der Orientierung lernen Pflegekraft und Patient sich kennen. Diese Phase ist anfangs einseitig ausgerichtet. Die Pflegekraft stellt sich mit Namen und Position vor. Es geht hier zunächst um die Feststellung des Pflegebedarfs des Patienten. Der Patient empfindet einen Bedarf an Hilfe („felt need“), der für ihn meistens un-

⁴⁵ Bekannte Muster bspw. sind: Pflegekraft – Vorgesetzte/r, HelferIn – Hilfloset/r, Schuldzuweisung – Schuldabweisung, gegenseitiger Rückzug, gegenseitige Abhängigkeit etc.

klar ist, weshalb er Energien in die Beziehung investiert. Der Bedarf an Hilfe bildet zugleich den Hintergrund, vor dem das Lernen des Patienten stattfindet. Die Art, wie der Patient um Hilfe nachsucht und wie er die damit einhergehenden Bedürfnisse artikuliert, ermöglicht es der Pflegekraft, das Niveau der interpersonalen Fähigkeiten des Patienten zu erkennen und einzuschätzen. Die wesentliche Aktivität des Patienten besteht darin, das Ausmaß seiner gegenwärtigen Schwierigkeiten zu verstehen und die mögliche Hilfe zu erkennen (Sills/Beeber 1995: 40). Dabei begegnen sich beide zunächst als Fremde. Im ersten Kontakt treffen ihrer beider jeweilige Sicht auf das eigene Selbst aufeinander. Hierbei können bei beiden eventuell vorhandene Einstellungen, Verhaltensweisen, Gefühle oder Erfahrungen aus früheren Beziehungen reaktiviert werden. Die Klärung der Schwierigkeiten des Patienten wird in dieser Phase durch die Untersuchung des interpersonalen Prozesses, wie er sich aus der Begegnung ergibt, unterstützt. Die erste Aufgabe der Pflegekraft besteht daher im aktiven Zuhören und Verstehen der Handlungsweisen des Patienten sowie darin, ihm zu helfen, sein momentanes Erleben in Worte zu fassen. Darüber hinaus muss sich die Pflegekraft ihre eigenen Reaktionen auf den Patienten und sein Verhalten klarmachen und erkennen, welchen Einfluss beides auf ihr eigenes Handeln und auf ihre Gefühle hat. Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Überprüfung vorliegender Vorurteile⁴⁶ auf beiden Seiten. Insgesamt kommt der (teilnehmenden) Beobachtung in dieser Phase eine zentrale Rolle zu. Sie bildet die Grundlage für die Einschätzung der Lernbedürfnisse des Patienten durch die Pflegekraft. Der Patient und die Pflegekraft lernen sich über den Prozess der Klärung der Probleme allmählich kennen und bauen eine gegenseitige Vertrauensbasis auf. Dabei versucht die Pflegekraft, dem Patienten dabei zu helfen, seine Spannungs- und Angstenergien auf problemlösende Aktivitäten umzulenken. Diese Phase kann einige Minuten, es kann aber auch je nach Kontext und Organisation⁴⁷ sehr viel länger dauern (Sills/Beeber 1995: 41, Forchuk 1993: 9, 1998a, 2000), bis der Übergang in die nächste Phase erfolgen kann.

5.4.3.2 ARBEITSPHASE: PHASE DER IDENTIFIKATION UND NUTZUNG

In der aus den Teilphasen Identifikation und Nutzung bestehenden Arbeitsphase, findet die eigentliche Arbeit statt (s. Forchuk 1993: 9). Für die pflegerische Arbeit und für die Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung ist die Pflegekraft auf eine allgemeine Vorstellung davon angewiesen, wie der Patient sich selbst und seine gegenwärtigen Gesundheitsprobleme sieht. Die zu bearbeitenden Probleme werden vom Patienten und der Pflegekraft gemeinsam identifiziert, wobei es um ein gemeinsam geteiltes Verständnis derselben geht. Die Identifikation wird von Peplau im Sinne von Engagement (Sills/Beeber 1995: 42) verstanden und besagt, dass der Patient nach einer Ebene des Einvernehmens mit der Pflegekraft sucht, wobei er sich an früheren, ähnlichen Erfahrungen orientiert. In dieser Teilphase der Identifikation ist es wichtig zu erkennen, wie der Patient auf Hilfsangebote eingeht und nach welchen Mustern er die Beziehung zur Pflegekraft strukturiert. Erste Hinweise hierzu erhält die Pflegekraft aus der Art, wie ein Patient sich während des ersten Kontaktes bei der Erhebung der Pflegeanamnese auf sie bezieht oder wie er sich auf sie bezieht, wenn er die angebotene Hilfe in Anspruch nimmt. Hieraus ergeben sich die entscheidenden Hinweise für die Gestaltung der pflegerischen Situation, für den Verlauf der pflegerischen Arbeitsprozesse, für die Entwicklung, Aufrechterhaltung und schließlich die Beendigung der pflegerischen Beziehung. Der Patient kann auf die ihm zuteil werdende Pflege reagieren

- „auf der Basis der Teilnahme bzw. einer wechselseitigen Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient
- auf der Basis der Unabhängigkeit oder der Isolation, d.h. mit einer Gegenreaktion auf die angebotene Hilfe
- auf der Basis der Hilflosigkeit oder Passivität, d.h. mit Abhängigkeit von der Pflegekraft“ (s. Peplau 1995: 57).

⁴⁶ Die Klärung von vorgefassten Meinungen ist, wie Forchuk in zwei Studien gezeigt hat, wichtig, um über die Orientierungsphase hinaus zu gelangen (s. Forchuk 1994, 1995, Peplau 1997).

⁴⁷ Dass die Organisation der Pflege bei Patienten, die an einer chronischen psychischen Erkrankung leiden ein wichtiger Faktor ist, hat Forchuk (1992, 1998a, 2000) in verschiedenen Studien belegen können. Der Wechsel des Personals kann dazu führen, dass der Patient wieder in die Orientierungsphase zurückfällt bzw. diese länger anhält.

Bei diesen Verhaltensmustern handelt es sich um intrapsychische, interpersonale und systemische Phänomene⁴⁸, die der Beobachtung zugänglich sind. Die Verhaltensmuster können unterschiedliche Merkmale aufzeigen, sie können von temporärer Dauer oder situationsbedingt sein, wieder aufflackern, stabil sein u.a.m. Umgekehrt kann auch die Pflegekraft nach einem oder mehreren dieser Muster reagieren (Peplau 1985 in O'Toole/Welt 1989: 109ff, Forchuk 1993, 1998a, 2000, Beeber 1996, Schafer/Middleton 2001). Deshalb muss sie für sich persönlich herausfinden, welche Art von Hilfe sie zu geben in der Lage ist, für welche Signale, Hinweise oder Verhaltensweisen des Patienten sie besonders empfänglich ist und nach welchen Interaktionsmustern sie ihrerseits das Verhältnis zum Patienten gestaltet - ob sie z.B. die Tendenz hat, ihn von sich abhängig zu machen oder ihn zu bevormunden. Da in der konkreten Interaktion auf vergangene, frühere Erfahrungen im Sinne von Orientierungsgrößen zurückgegriffen wird, ist es immer möglich, dass der Patient in der konkreten Situation Verhaltensmuster aus früheren Erfahrungen (etwa aus der Kindheit) reaktiviert, und die damals gemachten Erfahrungen auf die Pflegekraft überträgt und sie damit in die entsprechende Rolle drängt. Umgekehrt gilt das gleiche. In der konkreten Situation muss die Pflegekraft also erkennen, was sich psychodynamisch zwischen ihr und dem Patienten abspielt, wie sie und der Patient sich gegenseitig sehen, welche Rollen sie sich gegenseitig zuweisen (vgl. Peplau 1995: 69ff).

Jeder Kontakt mit einem neuen Patienten stellt eine potentielle Herausforderung dar, da hierbei auch das Selbst-System der Pflegekraft immer wieder neu auf dem Prüfstand steht. Ob dies so gesehen wird und ob die damit verbundenen Möglichkeiten des persönlichen und beruflichen Wachstums erkannt und ergriffen werden, ist eine Entscheidung der jeweiligen Pflegekraft. Was die Aktivitäten des Lebens angeht, ist es nach Peplau (1995, 1997) erforderlich, dass die Pflegekraft ihre Einstellungen in Bezug auf die AL und die von ihr selbst in den AL entwickelten Gewohnheiten klärt, sowie ihre Einstellungen und gefühlsmäßigen Reaktionen gegenüber der Habitualisierung von Gewohnheiten bzw. Ritualen und ihre Art, mit Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit umzugehen. All dies vermittelt sie in der konkreten Situation dem Patienten. Die Klärung der eigenen Einstellungen, Werte und Gefühle ist zudem wichtig, um in einer spezifischen Situation die eigenen Reaktionen von denen des Patienten unterscheiden und abgrenzen zu können (s. Forchuk 1994, 1995). Das Ende dieser Teilphase ist erreicht, wenn die entstandene Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem Patienten diesem ermöglicht, die zur Lösung der Probleme zur Verfügung stehende Hilfe bis auf den äußersten Grad zu nutzen. In der zweiten Teilphase, der Nutzung, schöpft der Patient die sich ihm aus der Beziehung heraus anbietende Hilfe optimal aus und erlangt die weitestgehend mögliche Kontrolle über den Prozess der Hilfe. Auch in dieser Phase reagiert er auf Gefühle und Erfahrungen, weshalb die ablaufenden interpersonalen Prozesse weiter im Blick behalten werden müssen. Wenn der Patient die Hilfe für sich nutzen kann, werden sein Selbstverständnis und seine Selbstachtung wachsen, und er wird zunehmend das Gefühl entwickeln, die Erfahrung der Krankheit integriert zu haben. Die Pflegekraft nimmt nunmehr mit ihrer Fähigkeit zum Zuhören, Reflektieren und Interpretieren eine beratende Rolle ein. Der Übergang in die nächste Phase ergibt sich aus der wachsenden Fähigkeit des Patienten, sich aktiv an der Pflege und an den Entscheidungen bezüglich seiner gesamten pflegerischen Versorgung zu beteiligen (s. Sills/Beeber 1995).

5.4.3.3 ABLÖSUNG

Die Phase der Ablösung ist erreicht, sobald die aktuellen Probleme gelöst sind, bzw. wenn der Patient in der Lage ist, diese alleine zu lösen. Um dorthin zu gelangen, müssen die früheren Phasen erfolgreich abgeschlossen werden. Die Grundvoraussetzung für den erfolgreichen Verlauf aller Phasen und damit des gesamten Prozesses ist jedoch die voraussetzungslose bzw. unbedingte Akzeptanz des Patienten durch die Pflegekraft. In dieser Pha-

⁴⁸ Peplau (1978 in O'Toole/Welt 1989: 122ff) unterscheidet zwischen folgenden Phänomenen: 1. intrapsychische Phänomene oder auch ‚within-person phenomena‘, 2. interpersonale Phänomene oder auch ‚between-persons phenomena‘ und 3. Systeme oder auch ‚within-social-systems phenomena‘.

se ist es wichtig, dem Übergang⁴⁹ (Transition, Passage) von einer Station zur anderen oder von der stationären zur ambulanten Versorgung hohe Aufmerksamkeit zu widmen sowie ihn gemeinsam mit dem Patienten zu organisieren und vorzubereiten (s. Forchuk et al. 1998b, Peplau 1997:165).

5.4.4 DIE MÖGLICHEN ROLLEN DER PFLEGEKRAFT IN DER PFLEGERISCHEN BEZIEHUNG.

Im Verlauf der Pflegekraft-Patient-Beziehung durchlaufen beide eine Entwicklung, in der beiden jeweils neue und dem Entwicklungsprozess entsprechende unterschiedliche Rollen abverlangt werden. Die Patienten weisen den Pflegekräften Rollen zu (Mutter, Vater, Vertrauter usw.), die ihnen für die Bewältigung der Probleme, wie sie sie verstehen, notwendig scheinen. Die Pflegekräfte ihrerseits definieren die Rollen (Ratgeber, Zuhörer, Vermittler usw.), die sie in der jeweiligen Beziehung einnehmen oder die sie als wünschenswertes Verhalten ansehen. Die Rollen bestimmen sich aus der Interaktion, sie sind situations-, problem- und phasenspezifisch, also entwicklungsspezifisch.

Der Begriff Rolle wird hier nicht als gegebene Tatsache oder statisches Handlungsmuster verstanden. Vielmehr ist die Rolle eine Art Bezugspunkt, an dem sich das Handeln orientiert. Unabhängig davon, welche Rollen sich Pflegekraft und Patient gegenseitig zuweisen, herrschen in einer bestimmten Kultur, auf einer speziellen Station etc. spezifische Vorstellungen über die Rollen der Pflegekräfte sowie der Patienten vor, die mit den von der Situation tatsächlich erforderten Rollen nicht deckungsgleich sein müssen. Wie bereits erwähnt, begegnen sich Pflegekraft und Patient beim ersten Kontakt zunächst als Fremde. Welche Rollen sie in diesem Augenblick einnehmen, wird neben den konkreten Bedingungen der jeweiligen Situation auch von ihren allgemeinen Vorstellungen oder Stereotypen bezüglich der jeweiligen Rollen bestimmt. Welche anderen Rollen in der entstehenden Pflegekraft-Patient-Beziehung von beiden eingenommen werden, hängt danach von der Fähigkeit zur Rollenübernahme der beteiligten Personen ab. Peplau (1995: 70ff) nennt u.a. die folgenden für die Pflegekraft in Frage kommenden Rollen: *die des/der Fremden, des/der Unterstützenden, des/der Lehrenden, des/der Führenden, eine Vielzahl der Ersatz- bzw. Surrogat-Rollen, die beratende Rolle und viele weitere*. Sie geht davon aus, dass die von der Pflegekraft einzunehmenden Rollen sich zum einen aus der psychodynamischen Entwicklung des Patienten, zum anderen aus der psychodynamischen Entwicklung der Pflegekraft-Patient-Beziehung herleiten. So kann eine Krankheit den Patienten auf frühere Entwicklungsstufen, etwa die des Kindes zurückwerfen, was der Pflegekraft u. U. die Bereitschaft zur temporären Übernahme einer Ersatzrolle, etwa der Mutter, abverlangt. Die Rollenbegriffe sind symbolisch gemeint. Sie stehen für ein Verhaltens-Grundmuster und für bestimmte Haltungen. Je nach der Situation kann die Übernahme einer solchen Rolle nur wenige Stunden oder aber mehrere Tage lang notwendig sein. Die Anforderung an die Pflegekraft besteht also darin zu erkennen, welche Rolle ihr in einer spezifischen Situation abverlangt wird. Peplau (1995: 97) weist in diesem Zusammenhang auf einen wichtigen Aspekt hin, den der Herausbildung der Fähigkeit zur ‚flexiblen‘ Rollenübernahme. Hierbei handelt es sich, wie in Kap. 3 beschrieben, um eine grundlegende interpersonale und soziale Kompetenz, um eine spezifisch menschliche Fähigkeit, die im Laufe der Sozialisation erworben wird. Die Pflegekraft muss fähig und bereit sein, je nach der konkreten pflegerischen Situation und entsprechend den darin auftretenden Problemen verschiedene in der Interaktion geforderte Rollen einzunehmen. Diese Rollen müssen als situationsgebunden, zeitlich begrenzt und auf den jeweiligen Patienten, d.h. auf seine Bedürfnisse bezogen, verstanden werden. Sie bedingen sich wechselseitig. Die Fähigkeit einer Pflegekraft, unterschiedliche Rollen einzunehmen, gibt dem Patienten die Chance, seine Probleme konstruktiv zu lösen und somit die Pflegekraft als die Person wahrzunehmen, die sie tatsächlich ist⁵⁰. Wie weit die Pflegekraft faktisch in der Lage ist, in einer konkreten Situation auf eine Vielzahl in-

⁴⁹ Idealerweise beginnt die Entlassungsplanung schon kurz nach der Aufnahme.

⁵⁰ So kann es nötig werden, dass die Pflegekraft in der präoperativen Phase auf der Basis des eingeschätzten Pflegebedarfs die Rolle der *Vermittlerin*, der *Beraterin* oder der *Gesundheitserzieherin* etc. einnimmt. In der postoperativen Phase kann es erforderlich sein, dass sie aufgrund des gesundheitlichen Zustands des Patienten und seines Pflegebedarfs dessen Pflege ganz übernehmen und kurzfristig im Sinne einer *Ersatzperson*, etwa als ‚Mutterersatz‘ fungieren muss. Hierbei geht es um den

teraktionsspezifischer Rollen zurückzugreifen und zwischen ihnen auszuwählen, und wie weit sie diese Rollen im Umgang mit dem Patienten umsetzen kann und dabei den Zeitpunkt erkennt, wann der Zustand des Patienten und die jeweilige Situation ihr eine andere Rolle abverlangen, hängt von ihrer Auffassung von Pflege, ihrem Pflegeverständnis und ihrem beruflichen Selbstkonzept ebenso ab, wie von ihrem konkreten Wissen und von ihren Fähigkeiten. Kompliziert wird die Situation dadurch, dass die Pflege in einem arbeitsteiligen Prozess stattfindet (s. hierzu auch Strauss et. al 1985). In diesem beginnt, entwickelt und etabliert die Pflegekraft unterschiedliche Beziehungen zu den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe - insbesondere zu den Ärzten (s. Pkt. 5.5) - und zwar sowohl in Bezug auf einen bestimmten Patienten als auch allgemein (s. auch Peplau 1997). Dabei sieht die Pflegekraft widersprüchliche Erwartungen an sich gerichtet, mit denen sie im Interesse ihrer eigenen Arbeit umgehen muss. So können die Erwartungen des Patienten bezüglich der von der Pflegekraft einzunehmenden Rolle im Widerspruch zu denen des behandelnden Arztes stehen, aber natürlich auch die Erwartungen des Arztes zu denjenigen der Pflegekraft. Insgesamt setzt die Fähigkeit zur Rollenübernahme bei der Pflegekraft eine entwickelte und aktive Wachsamkeit in der Interaktion voraus. Dies setzt wiederum eine gute Beobachtung sowie die Fähigkeit, Probleme zu erkennen, zu analysieren und zu lösen voraus und insofern eine klare kommunikative, soziale und interpersonale Kompetenz. Einer solchen Kompetenz oder Zuständigkeit bedarf es um so mehr, je komplexer die pflegerische Situation ist. Die Qualität der pflegerischen Versorgung wird nach Peplau zunehmend von dieser professionellen pflegerischen Kompetenz bestimmt.

5.4.5 DAS KONZEPT DER BEDÜRFNISSE UND STUFEN DER ANGST

Peplau (1995: 100ff) synthetisierte eine Theorie, die zentral an der Bedürfnisbefriedigung des Menschen ausgerichtet ist. Die Theorie geht von der Annahme aus, dass das menschliche Verhalten vorwärtsgerichtet und zielorientiert ist. Jeder Mensch versucht, sein Bedürfnis nach physiologischer Unversehrtheit, interpersonaler Sicherheit, Zuneigung, Anerkennung, Können und neuen Erfahrungen zu befriedigen. Die Bedürfnisse erzeugen biologische Spannungen, die in Verhalten umgesetzt werden. Dieses Verhalten organisiert sich entsprechend den weitgefassten, weiter oben erwähnten Kategorien der physiologischen Bedürfnisse und der interpersonalen Sicherheitsbedürfnisse. Energie, die zur Bedürfnisbefriedigung aufgebracht wird, ist nützlich, wenn die Bedürfnisse erkannt werden und das Verhalten im Sinne der Bedürfnisbefriedigung effektiv ist. Häufig stoßen Menschen auf Konflikte, die sich aus gegensätzlichen Zielen oder aus Widerständen ergeben, die dem Bemühen, ihren Bedürfnissen gerecht zu werden, im Weg stehen. Wann immer die Befriedigung physiologischer Bedürfnisse oder das Bedürfnis nach interpersonaler Sicherheit bedroht sind, entstehen Ängste, die unmittelbar zwischenmenschlich kommuniziert werden. Da eine Bedrohung der physiologischen Unversehrtheit und der interpersonalen Sicherheit nicht vermieden werden kann, ist die Angst etwas, das im menschlichen Leben unentwegt vorkommt. Die Menschen entwickeln ein Verhaltensrepertoire, um die mit der Bedrohung der interpersonalen Sicherheit verbundenen Ängste zu vermeiden.

Da die Pflegekraft-Patient-Beziehung ein interpersonaler Prozess ist, stellen sich in den Interaktionen immer wieder Angstgefühle ein. Durch die Entwicklung ihres Selbst lernt die Pflegekraft, das Erleben von eigener Angst als Anzeichen dafür zu nehmen, dass der Patient offenbar Ängste entwickelt oder dass irgendetwas in der Interaktion seine Sicherheit bedroht. Eine systematische Untersuchung kann helfen, die Bedrohungen und das wechselseitig hervorgerufene Verhalten von Pflegekraft und Patient zu verstehen und die Ängste abzubauen. Über das Verständnis der Angst und des Verhaltens, das produziert wird, um sie abzubauen, wachsen Pflegekraft und Patient im Sinne ihres Selbstverständnisses. Jeder kann sich entscheiden, Verhaltensweisen zu ändern, die entweder nicht länger benötigt werden oder nicht geeignet sind, die Bedrohung abzuwenden.

Aspekt des ‚Bemutterns‘, weniger um die ‚Mutterrolle‘ an sich. Die Wahrnehmung dieser Rolle kann sich zeitlich auf wenige Stunden oder über mehrere Tage erstrecken und je nach dem Stand der Entwicklung von der Rolle der *Beraterin* bzw. *Informationsperson* abgelöst werden.

Angstgefühle kommen je nach der Bedrohung und der Wirksamkeit der sie bekämpfenden interpersonalen Handlungen in einer Abstufung von gering bis schwer vor (s. Peplau 1995: 152; 1989 in O'Toole/Welt 283f). Die therapeutische Rolle der Pflegekraft besteht nach Peplau darin, Angstverhalten zu erkennen und dann zu intervenieren. Dies kann dadurch geschehen, dass die Energien für ein interpersonales Lernen nutzbar gemacht werden, oder durch die Anwendung von Methoden, die geeignet sind, die Angstgefühle soweit zu reduzieren, dass der Patient mit ihnen umgehen kann.

Auf einer niedrigen Stufe der Angst wird die Wahrnehmung geschärft und bleibt das vom Einzelnen erfahrene Unwohlsein erträglich. In dieser Situation kann der Einzelne die Bedrohung untersuchen und die Verhaltensmuster, die er zur Vermeidung der mit ihr verbundenen Ängste anwendet, analysieren. Die Bedrohung kann in den Begriffen der aktuellen Gefahr analysiert werden. Viele als gefährlich erlebte Situationen haben Ähnlichkeiten mit früheren Situationen, in denen der Einzelne vielleicht wirklich hilflos war. Die Neuüberprüfung einer solchen Situation im Licht der gegenwärtigen Realitäten kann ergeben, dass die Bedrohung gering ist. Eine mittelschwere bis schwere Angst hingegen engt die Wahrnehmung ein und ist mit dem Vorgang des Lernens unvereinbar. Schwere Grade von Angst können lebensbedrohliche Verhaltensweisen erzeugen. Wenn schwere Grade der Angst erkennbar sind, kann die Pflegekraft Interventionen entwickeln, die dem Patienten helfen, seine Angstgefühle auf ein niedrigeres Niveau zu bringen, wo das Lernen wieder möglich wird. Die Verknüpfung der Verhaltensmuster mit den Ängsten sowie eine Bewertung der Frage, ob das Verhalten die Ängste effektiv reduziert und das Lernen gefördert hat, stehen im Zentrum der therapeutischen Interaktion von Pflegekraft und Patient (Sills/Beeber 1995: 43ff).

5.4.6 DAS KONZEPT DES SOZIALEN LERNENS UND DER EINZIGARTIGKEIT

Das Engagement des Patienten in der Beziehung zur Pflegekraft hat das interpersonale Lernen zum Ziel. Indem Peplau ihr Modell auf den Prozess der Durchführung einer therapeutischen Beziehung zentrierte, schuf sie ein Modell, demzufolge jede Interaktion mit dem Patienten für die wechselseitige Synthese der zwischen Pflegekraft und Patient entwickelten Inhalte bedeutsam und einzigartig ist. Der von Peplau beschriebene Lernprozess (s. 1963 in O'Toole/Welt: 348ff) besteht aus acht Phasen: *Beobachtung, Beschreibung, Analyse, Formulierung, Validierung, Prüfung, Integration und Nutzung*. Hierbei geht es um den Erwerb von Kompetenzen auf Seiten des Patienten, deren Entwicklung das Ziel einer therapeutischen Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient ist (s. auch Forchuk 1993: 19f). Wie schon mehrfach erwähnt, ist jede Interaktion von Mustern geprägt. Diese können von der Pflegekraft beobachtet und mit dem Patienten analysiert werden. Wenn der Patient daran arbeitet, die interpersonalen Muster zu verstehen, erwirbt er die Fähigkeit der Selbstbeobachtung, der Interpretation und Entscheidungsfindung sowie der Verbalisierung seiner Gefühle. Diese Verhaltensweisen erweitern die interpersonale Kompetenz und schaffen das notwendige Rüstzeug, um sowohl die Erfahrung der Krankheit erfolgreich integrieren zu können als auch bei der Lösung von alltäglichen Lebensproblemen erfolgreich zu sein. Darüber hinaus hat Peplau diesen Prozess des interpersonalen Lernens mit der vorwärtsgerichteten Entwicklung der Persönlichkeit verknüpft, die in dem Modell gleichbedeutend für Gesundheit steht. Die wechselseitige Natur dieses Lernprozesses bringt es mit sich, dass auch die Pflegekraft durch die Interaktion mit dem Patienten eine bessere Gesundheit erwirbt. Die kreative Synthese der Erfahrungen, die sich aus den Interaktionen mit den Patienten ergeben, ist für die Pflegekraft ein fortwährender Quell des Lernens und insofern ein Potenzial für größere Reife und interpersonale Gesundheit (Sills/Beeber 1995: 45, Forchuk 1993).

5.5 ZUSAMMENFASSUNG DER ERKENNTNISSE UND DISKUSSION

Die in diesem Kapitel zusammengetragenen Vorstellungen Peplaus zum Selbstkonzept und Körperbild sollen abschließend vor dem Hintergrund der in Kap. 4 entwickelten Fragen betrachtet werden. Hierbei werden zunächst all jene Punkte hervorgehoben, die für die handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells von

Bedeutung sind. Sodann werden die Erkenntnisse aus der Sicht des medizinischen und pflegerischen Funktionskreises, des Wissenssystems, des Zuständigkeitsbereichs der Pflege, der Methodologien und Handlungsstrategien zur Gestaltung der pflegerischen Dienstleistungssituation, der Beziehung zwischen Medizin und Pflege und schließlich aus der Sicht der vier Phasen des Caringprozesses diskutiert. Erst dies erlaubt, die Veränderungen einzuschätzen, die sich aus der Umsetzung eines von diesem Ansatz inspirierten und reformulierten RLT-Modells ergeben.

Die Rekonstruktion des Peplauschen Werks hat die zentrale Rolle, die Peplau dem Selbst und dem Selbstkonzept beim pflegerischen Handeln beimisst, aufgezeigt. Pflegerisches Handeln erfolgt in interpersonalen Situationen sowie innerhalb eines interpersonalen Feldes. Auch wenn der Körper und ein damit korrespondierendes Bild eher am Rande erwähnt werden (s. Peplau 1995: 111), wäre es verfehlt, aus diesem Umstand zu schließen, dass der Körper und die Sicht auf ihn in interpersonalen Beziehungen eine untergeordnete Rolle spielen. Dies würde bedeuten, die Inhalte des Selbst-Systems zu unterschätzen. Das Körperbild ist wie das Selbstkonzept ein Teil und Inhalt des Selbst-Systems, das im menschlichen Handeln in Form von wiederkehrenden Verhaltensmustern wesentlich oder unwissentlich zum Tragen kommt und sich in interpersonalen Beziehungen in vielfältiger Weise in den für den jeweiligen Menschen charakteristischen Interaktionsmustern Ausdruck verschafft⁵¹. An anderer Stelle spricht Peplau von Lebensmustern. Diese können auch als Gewohnheiten bzw. Handlungsrouninen (s. Kap. 3.4.3) bezeichnet werden, die sich in den einzelnen ‚Aktivitäten des Lebens‘ des RLT-Modells widerspiegeln. Sie konzentriert ihr Augenmerk auf die in pflegerischen Situationen erfolgenden Handlungen, wobei sie die Aufmerksamkeit insbesondere auf Verhaltens- und Interaktionsmuster lenkt. Die Ausführungen zum Selbst-System veranschaulichen, dass das Verständnis der Funktions- und Wirkungsweise der in den AL ausgebildeten Gewohnheiten bzw. Verhaltens- und Interaktionsmuster für eine den Patienten in seiner Entwicklung weiterbringende Pflege unerlässlich ist. Peplau macht deutlich, dass es unmöglich ist, Phänomenen des Selbst bzw. Selbst-Systems in pflegerischen Situationen zu entkommen. Diese werden bei der Pflege aufgrund des sehr intimen und personenbezogenen Charakters der pflegerischen Arbeit und der dadurch gegebenen besonderen Verletzbarkeit des Patienten unweigerlich offen oder verdeckt virulent. Es ist genau diese Konstellation, die dazu führen kann, dass eine Nichtbeachtung dieser Phänomene krankmachendes Verhalten verstärkt, statt es in gesundheitsfördernde Bahnen zu lenken. Ersteres geht relativ schnell, da eine Pflegekraft durch ihr Handeln, das Handeln des Patienten bestätigt, es ablehnt oder sich indifferent dazu verhält. In dieser für ihn höchst prekären Situation ist der Patient besonders empfänglich für kleinste Hinweise, die seine momentane Sicht auf sich selbst verstärken. Der diesem Verhalten innewohnenden ‚Musterintegration‘ sind Forchuk (1993), Beeber (1996, 2000) Beeber/Caldwell (1996), Schafer/ Middletown (2001) in ihren Untersuchungen nachgegangen. Die Ergebnisse ihrer Arbeiten unterstreichen, wie komplex die Arbeit in der Pflegekraft-Patient-Beziehung ist. Als Pflegekraft ist es leicht, auf die Hinweise des Patienten einzugehen, die zu einer Bestätigung seiner bisherigen Art der Musterintegration führt. Hingegen ist es viel schwerer, dem zu widerstehen und dem Patienten dabei zu helfen, seine eigenen Manöver zu durchschauen und adäquate Entwicklungsschritte einzuschlagen⁵². Eine Krankheit, insbesondere eine chronische, und eine damit einhergehende temporäre oder dauerhafte Pflegebedürftigkeit erfordern nicht selten eine Veränderung liebgewordener **Gewohnheiten**. In diesem Fall muss der Patient an seinem Selbst

⁵¹ Price (1998) hat Peplaus Ansatz bei der Pflege einer Patientin, deren Körperbild aus Sicht des behandelnden Arztes aufgrund einer ‚partial mastectomy‘ der rechten Brust beeinträchtigt war, eingesetzt. Er unterstreicht die Aussage Peplaus wonach die Art der Pflege einer Pflegekraft an ihre Person gebunden ist. Bei der Pflege von Patienten, die Probleme mit ihrem Körperbild haben, ist es nach Price (1998: 179) notwendig, dass die Pflegekraft sich über ihre eigenen Gefühle und die Vorstellungen von ihrem Körper, seiner Erscheinung und Funktionen bewusst ist. Weiter sollte sie Kenntnis von den Begriffen haben, die in diesem Zusammenhang von Professionellen wie von Laien verwendet werden. Anhand des Fallbeispiels demonstriert Price (1989: 185f) die o.g. Aussage Peplaus und die Bedeutung, die der therapeutischen Nutzung des Selbst als Mittel der pflegerischen Praxis zukommt.

⁵² Dass Patienten die Pflegekraft-Patient-Beziehung genauso strukturieren wie Pflegekräfte, demonstriert auf anschauliche Weise die Untersuchung von Aranda/Street (1999).

arbeiten, was in der Regel mit einem Energieaufwand, mit Anstrengungen, mit dem Verarbeiten von Verlusten etc. verbunden ist. Hier ist die volle Wachsamkeit der Pflegekraft in der interpersonalen Beziehung gefordert, wenn sie den Patienten bei der von ihm zu leistenden Arbeit unterstützen will. Durch ihr Handeln trägt die Pflegekraft dazu bei, den Patienten zu befähigen, die mit pflegerischen Handlungen verbundenen Erfahrungen in sein Leben zu integrieren, Aspekte aus früheren Erfahrungen in der Pflegesituation wiederzubeleben, und zu klären, welche besprochen und einer Rekonstruktion zugeführt werden können. Es handelt sich um komplexe und höchst subtile Vorgänge, nicht zuletzt auch deshalb, weil die Erfahrungen des Menschen ‚die Schnittstelle zwischen seiner äußeren und inneren Umwelt‘ sind. Ausgangspunkt pflegerischer Lernprozesse sind die Erfahrungen und Möglichkeiten des Patienten. Mit ihren Hinweisen zum Selbst und darauf, wie Veränderungen bewirkt werden können, macht Peplau unmissverständlich deutlich, dass die Pflege es mit *Änderungsprozessen des Selbst* zu tun hat, die den betroffenen Menschen im Kern berühren.

Im Mittelpunkt stehen die Handlungen und Reaktionen aller in die pflegerische Situation involvierten Personen. Auch wenn letztere nicht real anwesend sein müssen, können sie Einfluss auf das Handlungsgeschehen nehmen. Peplau lehnt sich bei ihren Situationsverständnis an die Definition von W.I. Thomas (Peplau 1995: 107) an. Sie greift die im Thomas-Theorem formulierten Gedanken auf, wonach der prozessuale Charakter pflegerischen Handelns einmal geprägt wird durch das Zusammenwirken von *Erwartungen, Vorurteilen, Wünschen und Begierden*, zum anderen durch die in der Beziehung und Interaktion virulent werdenden Gefühle. Ihr Handlungsverständnis wird davon geleitet, dass Menschen handeln müssen, um ihren biologischen und interpersonalen Bedürfnissen Rechnung zu tragen. In der Art und Weise, wie Patienten ihren Bedürfnissen Ausdruck verleihen und dafür sorgen, dass ihnen Rechnung getragen wird, kommt erneut die schon erwähnte Musterintegration zum Tragen. Dieser Aspekt findet sich bei Mead, verstärkt aber bei Dewey, wenn sie die Bedeutung von Gewohnheiten für das menschliche Handeln diskutieren⁵³. Dieser Aspekt wird bei der Rezeption der in Phasen ablaufenden Pflegekraft-Patient-Beziehung leicht übersehen ebenso wie der Umstand, dass die beschriebenen Phasen einer solchen Beziehung nicht automatisch durchlaufen werden. Jede Pflegekraft-Patient-Beziehung hat einen Anfang und ein Ende, innerhalb dieses Zeitrahmes kann sich die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient entwickeln. Wie die Untersuchungen von Forchuk⁵⁴ (1992, 1993, 1994, 1995) und MitarbeiterInnen (1998a,b, 2000) belegen, hängen der Verlauf, die Dauer der einzelnen Phasen und die Qualität des in der Beziehung erreichten Ergebnisses vom Handeln der dabei involvierten Personen ab, vom Gelingen des Übergangs von einer Phase in die nächste und nicht zuletzt auch von organisatorischen Aspekten wie der Personaleinsatzplanung.

Was den pflegerischen Funktionskreis angeht, hat Peplau mit ihrem Ansatz einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung des pflege- und professionsspezifischen Wissenssystems geleistet und aufgezeigt, **wie dieser praktisch ausgefüllt werden kann**. Mit ihrem Ansatz erhält der pflegerische Funktionskreis einen interpersonalen Bezugsrahmen. Dieser gedankliche Rahmen bietet einer Pflegekraft bei der Pflege eines Patienten, d.h. bei deren Organisation (Ablauf, zeitliche Folge etc.) und Durchführung (was, wie) eine Handlungsorientierung. Er ist fall- und prozessbezogen sowie zeitlich limitiert. Das, was konkret in dieser Beziehung passiert und erreicht werden kann, entwickelt sich im Verlauf dieser Beziehung und ist an das konkrete Handeln von Patient und Pflegekraft gebun-

⁵³ Für die Pflege ist es wichtig, nicht nur dem Zusammenhang zwischen den Bedürfnissen und den Gewohnheiten auf die Spur zu kommen, um Strategien für ein gesundheitsförderndes Handeln entwickeln zu können, sondern die vielen Ähnlichkeiten, die zwischen Gewohnheiten und Bedürfnissen/Erfordernissen bestehen, aufzudecken. Dass hier ein Bedarf besteht, hat Peplau erkannt.

⁵⁴ Forchuk hat Verlauf und Entwicklung dieser Phasen studiert. Cherill Stockmann (2005) versuchte der Relevanz von Peplaus Theorie der interpersonalen in Beziehungen in der Pflege im Rahmen einer Literaturrecherche zur Pflegekraft-Patient-Beziehung in der Psychiatrie auf die Spur zu kommen. Dabei stellte sie fest, dass das Wissen hierüber ungeachtet der Bedeutung, die dieser Beziehung in psychiatrischen Lehrbüchern beigemessen wird, begrenzt ist und Forschungserkenntnisse zum Verlauf dieser Beziehung sich auf die Studien von Forchuk und MitarbeiterInnen beschränken. Die Ursache, warum keine US-amerikanischen Untersuchungen zu diesem Thema vorliegen, könnte in der unterschiedlichen Organisation der Gesundheitssysteme in Kanada und den USA liegen.

den. Im Mittelpunkt dieser Beziehung stehen die pflegerischen Erfordernisse des Patienten, die in Beziehung zu den im Laufe der Sozialisation herausgebildeten Handlungsweisen und –mustern stehen und damit auch zu seinem Selbst-System. Die für den Patienten typischen Handlungsmuster drücken sich in den verschiedenen Aktivitäten des Lebens aus. Das Konzept der Aktivitäten des Lebens ist für das Verständnis dieser Handlungsmuster von außerordentlicher Bedeutung. Abstrakte Phänomene, wie Abhängigkeit oder Hilflosigkeit, können am Beispiel einzelner Aktivitäten ganz konkret in ihrer praktischen Wirkung für das Leben des Patienten nachvollzogen werden. Weiter ermöglicht das Konzept der AL, insbesondere deren Entwicklungsgeschichte nachzuvollziehen und zu klären, wie diese zu einem spezifischen Selbst geführt hat. Bei der Ausbildung spezifischer Handlungsmuster sind dem sich entwickelnden Selbst und Selbstkonzept in den verschiedenen Entwicklungsphasen **Inputs** beigelegt worden, zu denen in der Pflege **neue Inputs** hinzugefügt werden. Diese wirken in der Pflegesituation allesamt mehr oder weniger offen oder verdeckt. So sind die im Handeln der Pflegekraft mitgeteilten Beurteilungen der Handlungen des Patienten Teil der Basis für weitere Handlungen und Interaktionen. Peplau hat in ihrer Arbeit immer wieder aufgezeigt, dass sich die Pflege vor allem mit der Funktion des Selbst als Anti-Angst-System auseinandersetzen muss. Krankheit löst beim Menschen tendenziell Angst aus. Deshalb muss die Pflegekraft, mit dem Phänomen der Angst umgehen können. Die Angst eines Patienten vor einer dauerhaften Abhängigkeit von der Pflege eines anderen Menschen kann durch die Pflegekraft verstärkt werden, wenn sie im Sinne der Stabilität ihres eigenen Selbst-Systems nur ihre Kompetenz bestärkt sehen möchte, indem sie dem Patienten alles abnimmt statt auf kleinste Hinweise des Patienten nach Autonomie zu reagieren. Dass es sich hier um äußerst subtile und höchst komplexe Dinge handelt, ist inzwischen in einigen Studien belegt worden (s. Graham 2006, Schafer/Middleton 2001).

Pflegehandeln ist Handeln in Beziehungen. Es ist aufgrund der sehr unterschiedlichen einzunehmenden Rollen, die situations- und kontextgebunden sind, höchst variabel, schwer vorhersagbar, vielfältig und vielschichtig. Dieser Aspekt wird in Äußerungen, in denen die berufliche Pflege mit ‚Töpfe schwenken‘ assoziiert wird, leicht übersehen. Auch das in der Pflege auszubalancierende Spannungsverhältnis, das zwischen dem ‚Alltäglichen und Profanen menschlicher Gewohnheiten‘ und der besonderen Persönlichkeit eines Menschen besteht, wird in solchen Äußerungen ausgeblendet. Dass hier noch viel inner- wie intraprofessionelle Aufklärungsarbeit zu leisten ist, zeigt die Analyse der Pflegefachliteratur im Bereich der psychiatrischen Pflege in der Zeit von 1946 bis 1974 von Suzanne Lego (1995)⁵⁵. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Rolle der Pflegekraft in der Pflegekraft-Patient-Beziehung in diesem Bereich in dem Zeitraum von 1946 bis zum Erscheinen von Peplaus Buch eher nebulös und verschwommen war. Peplaus Leistung war es, die Notwendigkeit aufgezeigt zu haben, dass die Pflegekraft ihr eigenes interpersonales Handeln und Verhalten selbstkritisch einzuschätzen lernen muss. Ihr Handeln wirkt sich auf die Eins-zu-eins-Beziehung, auf ihre Arbeitsrollen und auf die Phasen der Pflegekraft-Patient-Beziehung aus. Legos (1995: 79) Aufarbeitung der Literatur zur Pflegekraft-Patient-Beziehung unterstreicht die Bedeutung, die dem Selbst und dem Selbst-System der Pflegekraft in dieser Beziehung zukommt. Dieser Sachverhalt wird auch mit dem Begriff *„therapeutic use of the self“* umschrieben. Die wirksame Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung verlangt der Pflegekraft eine gewisse Sensibilität und Wachsamkeit ab, da Menschen sich beim Handeln in Beziehungen auf ihnen vertraute Verhaltensmuster, vor allem auf jene stützen, die aus den ihnen am meisten vertrauten Beziehungen innerhalb der Familie stammen. So ist es für Patienten nicht ungewöhnlich, sich auf Pflegekräfte in ‚eingefrorenen Rollen‘, d.h. in Rollen zu beziehen, die innerhalb des familiären Netzwerks erfolgreich waren. Bei Patienten wie bei Pflegekräften kann beobachtet werden, dass sie innerhalb solcher vertrauten Rollen agieren, obgleich diese in der gegenwärtigen Situation weder passend noch angemessen sind (s. Peplau 1997: 163). Verkompliziert wird das Ganze dadurch, dass Gesundheitssysteme aus einem Netzwerk von Beziehungen bestehen, die unterschiedliche Grade von Macht, Autorität und Verantwortung mit

⁵⁵ Dieser Aufsatz erschien zuerst 1975 im Rahmen eines Kongressberichts: ‘Psychiatric Nursing 1946 to 1974: A Report on the State of the Art’, herausgegeben von Florence L. Huey in Anderson (1995).

sich bringen. Weiter besteht eine Tendenz beim Handeln in Beziehungen darin, sich um das zu organisieren, was jede Person von sich selbst denkt. Die Präsentation des Selbst der Pflegekraft in Bezug auf den Patienten und in Bezug auf andere innerhalb des Gesundheitssystems erfordert ein Bewusstsein der unterschiedlichen Erfordernisse des professionellen Handelns in verschiedenen Arbeitsbeziehungen. Die Pflegekraft-Arzt-Beziehung hat andere Erfordernisse als die Pflegekraft-Patient-Beziehung oder die Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegekraft.

Dass die Pflegekraft-Patient-Beziehung Wandlungen ausgesetzt ist, veranschaulicht auch Beeber (1995). Sie analysierte die Fachliteratur zur Pflegekraft-Patient-Beziehung⁵⁶ in der Zeit von 1974 bis 1994. Sie beschreibt, dass die Entwicklung des Wissens hierüber im Bereich der Psychiatrie im Laufe der Zeit den Wechselfällen des Lebens ausgesetzt war. Bis etwa Mitte der 1970er Jahre wurde in Artikeln über diese Beziehung publiziert, danach sank das Interesse daran. Gleichzeitig wurde in den seinerzeit zahlreich veröffentlichten Lehrbüchern die von Peplau beschriebene Eins-zu-eins-Beziehung immer wieder erwähnt, wohingegen neueres Pflegewissen in diesen Büchern nahezu unerwähnt blieb. Eine andere Entwicklung bestand darin, die Einzigartigkeit der Pflegepraxis im Bereich der psychiatrisch-geistigen Gesundheit im Verhältnis zu anderen Spezialisten in diesem Bereich herauszuarbeiten. Dies führte u.a. zur Herausbildung der Psychotherapie in der Pflege um den Preis einer ‚verzerrten Pflegeidentität‘ im Vergleich zu den anderen Gesundheitsberufen. In diesem Zusammenhang wurden Entwicklungen aus anderen Praxistraditionen übernommen. Dabei wurden Entwicklungen, wie sie u.a. Peplau geleistet hat, aus dem Auge verloren. Aranda/Street (1999) referieren den allgemeinen Wandel, dem die Pflegekraft-Patient-Beziehung seit den 60er Jahren ausgesetzt war. Der damit verbundene Bruch zeigt sich im langsamen Wandel des Patienten vom einem ‚Objekt‘ der Medizin⁵⁷ zu Beginn des 20. Jahrhunderts hin zu einem ‚Subjekt‘ mit spezifischen Erfordernissen gegen Ende des 20. Jahrhunderts.

Inzwischen wird zunehmend erkannt, dass die Pflegekraft-Patient-Beziehung für das Erreichen pflegerischer Ziele wichtig ist, ebenso dass eine solche nicht einfach zu erreichen ist. Weiterhin liegt wenig Wissen über ‚nicht-therapeutische Pflegekraft-Patient-Beziehungen‘ vor. Wendy Moyle (2003) macht auf die Notwendigkeit aufmerksam, sich hiermit zu befassen. Neben problematischen Handlungsweisen der Pflegekräfte müssen auch organisatorische Muster aufgedeckt werden, die einer therapeutischen Pflegekraft-Patient-Beziehung im Wege stehen. Dies ist ein gesellschaftliches und strukturelles Problem (s. Schafer/Middleton 2001).

In diesem Kontext erlaubt die Kenntnis der von Peplau beschriebenen und begründeten Konzepte einen anderen Umgang mit den Verhaltensweisen und den damit verbundene Handlungsweisen des Patienten wie der Pflegekraft, wenn sie in der Pflegekraft-Patient-Beziehung relevant werden. Weitere wichtige Konzepte im Kontext dieser Beziehung sind: Angst, Einsamkeit, Vertrauen, Abhängigkeit in der Pflegekraft-Patient-Beziehung, Verhaltensweisen der Pflegekraft wie Empathie (Lego 1995: 84f). Rene Geanellos (2002) geht darauf ein, wie Pflegekräfte und Jugendliche die Arbeitsbeziehung wahrnehmen. Ein zentrales Ergebnis war, dass die Pflegekräfte ihre Bemühungen darauf richten, einen möglichen Wandel anzuleiten und ein für die Jugendlichen positives Ergebnis zu erzielen. Deshalb strebten die Pflegekräfte danach, die Jugendlichen bei den Änderungen ihrer Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen zu unterstützen, soweit diese eine wirksame Funktionsweise in ihnen selbst, in ihren Beziehung zu anderen oder innerhalb sozialer Systeme behindern. Diese Arbeit bezeichnet Geanellos (2002: 181f) als ‚Pflege eines funktionsfähigen Selbst‘. Dieses Element des Praxiswissens bezieht sich auf die Art, wie Pflegekräfte Barrieren aufbrechen, die eine Änderung behindern, und wie sie den Jugendlichen dabei helfen, funktionstüchtigere Formen des Denkens, Fühlens und Handelns in persönlichen, interpersonalen und

⁵⁶ Andere wichtige theoretische Beiträge zur Pflegekraft-Patient-Beziehung in der Psychiatrie, die Beeber (1995: 12) als ‚specialty theory‘ bezeichnet, stammen von Orlando, Mellow und Ujhely.

⁵⁷ Der Objektcharakter des Patienten korreliert mit dem Objektcharakter der Pflegekraft, die als jemand betrachtet wurde, die jederzeit und durch jede andere Kraft ersetzbar ist.

sozialen Kontexten zu entwickeln, durch die die Jugendlichen wiederum Reintegration und Wohlbefinden erfahren können.

Mit ihrer Arbeit hat Peplau nicht nur einen wichtigen Beitrag zum Verständnis des Handelns in Beziehungen⁵⁸ geleistet, sondern auch einen wichtigen Schritt zur theoretischen Begründung des *Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs der Pflege als Profession* getan. Peplau (1992a: 54) grenzt sich mit ihrem Ansatz deutlich vom Ansatz Nightingales ab. Letzteren bezeichnet sie als ‚activity-oriented‘, da er die Pflegepraxis als etwas beschreibt, was eine Pflegekraft für einen Patienten tun könnte, sollte oder tut. Ein zentrales Manko des ‚activity-orientierten‘ Ansatzes besteht darin, dass er die Beziehungen, die zwischen den einzuschlagenden Handlungen einer Pflegekraft und ihrer Notwendigkeit in Bezug auf den Zustand des Patienten bestehen, ebenso wenig klärt wie die Beziehungen, die zwischen diesen Handlungen und den (Aus-) Wirkungen bestehen, die in Bezug auf den Zustand des Patienten hervorgerufen werden sollen. Weiter vermisst Peplau in Nightingales ‚Notes on Nursing‘ Aussagen über Probleme, Bedürfnisse oder Sorgen des Patienten. Mit ihrer Arbeit wollte sie die von Nightingale hinterlassene Lücke füllen. Eine andere, für den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege wichtige Wende besteht darin, dass Peplau (1954 in O’Toole/Welt 1989: 20) sich mit ihrem auf den Patienten bezogenen Ansatz radikal von einer *Pflege der Krankheit* abwendet und damit von einer Vorstellung, die in der amerikanischen psychiatrischen Pflege bis weit in die 40er Jahre des 20. Jahrhunderts vorherrschte⁵⁹. Bei der Entwicklung des pflegerischen Wissenssystems und der Klärung des pflegerischen Zuständigkeitsbereichs kam der psychiatrischen Pflege nach dem Zweiten Weltkrieg eine zentrale Rolle zu (s. auch Silverstein 2008). So wurden für die Integration psycho-sozialer bzw. wichtiger Aspekte der psychiatrischen Pflege in die allgemeine Pflegeausbildung ‚Grants‘ (Finanzmittel) bereitgestellt. Diese und andere allgemeine Entwicklungen begünstigten die Artikulation theoretischer Vorstellungen von Pflege. Dies fand in einem Umfeld statt, wo sich die amerikanische Pflege nach Peplau in einer ‚Identitätskrise‘ befand, die durch Veränderungen im Pflegeberuf als Folge einer sich rapide verändernden medizinischen Versorgung hervorgerufen worden war. Hierzu zählten Impfungen, der Einsatz von Antibiotika und als Folge davon, die Reduzierung der Verweildauer. Es schien als habe eine immer anspruchsvollere Medizintechnologie die zuvor hoch geschätzten langen Stunden der Pflegekraft am Bett des Kranken in vielen Fällen regelrecht überflüssig gemacht. Die Pflege war das erste Mal in ihrer Geschichte gezwungen, die oftmals abschätzig gemeinte Frage, was Pflege sei, zu beantworten. Eine erste entscheidende Antwort hierauf erfolgte 1972 mit dem überarbeiteten ‚Nursing Practice Act‘ des Staates New York, in dem die Pflege als

„Diagnose und Behandlung von menschlichen Reaktionen auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme“ definiert wurde (s. Peplau 1992a: 52).

Diese Definition wurde später im Social Policy Statement der American Nurses Association (ANA) aufgegriffen (s. Kap. 4). Von den zwei im ‚Tentative Code for the Nursing Profession‘ der ANA enthaltenen Vorstellungen zur Rolle der Pflegekraft vertrat Peplau (s. Gastman 1998: 1313) eindeutig jene, in der die Pflege als Profession verstanden wurde. Dies spiegelt sich in ihren Bemühungen wieder, den spezifischen Fokus der Pflege zu beschreiben. Sie rief die Pflegekräfte auf, die Zuständigkeit für die Pflege einzufordern, den Patienten beim Erwerb intellektueller und interpersoneller Kompetenzen zu unterstützen, die über jene hinausgehen, die er zum Zeitpunkt der Krankheit hatte. Aus diesem Grund sollte der Fokus der Pflegepraxis auf die Entwicklung dieser Kompetenzen im Rahmen der Interaktionen in der Pflegekraft-Patient-Beziehung ausgerichtet sein (s. Peplau 1969b in O’Toole/Welt 1989: 238). Peplau betrachtet die Pflege als eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, die praxisrelevante Fragen auf der Basis der Pflege selbst zu klären versucht. Hierbei bedient sie sich auch

⁵⁸ Peplau versteht Pflege als Kunst; was vergleichbar mit dem ist, was Ulrich Oevermann als Kunst- und Handlungslehre bezeichnet.

⁵⁹ In dieser Zeit war die Pflege größtenteils eine Mischung aus Aktivitäten, die von einer modifizierten Mutterrolle abgeleitet wurden, und sie bestand eher in einem Disziplinieren der Patienten und einer verwahrenden begleitenden Versorgung. Diese Rolle war aufs engste mit der Rolle der Arztassistenten verwoben.

wichtiger Erkenntnisse von Bezugswissenschaften (Sozial- wie Naturwissenschaften). Die von ihr entwickelten interpersonalen Konzepte bieten einen Bezugsrahmen zum Verständnis der Dilemmata, die Patienten erfahren, erleben und durchmachen. Diese liegen innerhalb des Bereichs der professionellen Pflegepraxis und fallen somit in den Zuständigkeits- und Autoritätsbereich der Pflegekraft. Dieser Bezugsrahmen unterstützt die Pflegekräfte dabei, den Patienten dabei zu helfen, ihren Reaktionen und Erfahrungen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Pflege einen Sinn abzugewinnen und sie zu verstehen (Peplau 1997: 162).

In Anlehnung an Peter Drucker ist sie davon überzeugt, dass Wissen nur in seiner Anwendung existiert. In der heutigen Wissensgesellschaft müssen die Pflegekräfte die mit der Wissensproduktion einhergehenden gewaltigen sozialen Veränderungen erkennen und verstehen. Ebenso müssen sie den Einfluss dieser Entwicklungen auf die Pflegeprofession und vor allem auf das Leben der von ihnen gepflegten Menschen verstehen. Eine Organisationsform wie die Primäre Pflege bietet im Krankenhaus der primären Pflegekraft die Chance, ihr Wissen über jeden der von ihr gepflegten Patienten zu maximieren (Peplau 1997: 163). Dies kann begünstigt werden, wenn die Geschehnisse in der Pflegekraft-Patient-Beziehung einer kritischen Reflexion unterzogen werden. Darüber wird ein vertieftes Verständnis und eine Weiterentwicklung der in der Pflege relevanten Phänomene ermöglicht. Die Notwendigkeit, das professionsspezifische Wissen und die Kompetenzen der Pflege kontinuierlich weiter zu entwickeln, ergibt sich für Peplau aus den gesellschaftlichen Veränderungen, die mit dem Wechsel von der Industriegesellschaft zur Dienstleistungsgesellschaft verbunden sind. Hiernach werde es immer wichtiger, dass das in dieser Beziehung herzustellende Produkt ein bestimmbares und mit der Pflege verbundenes Ergebnis ist. Peplau hat sehr klar erkannt, dass sich der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich⁶⁰ einer Profession aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen wandeln kann, dass sich die Grenzen zwischen Professionen verschieben können, was in der Folge auch zum Sterben von Professionen oder Teilen derselben führen kann.

Aus Peplaus theoretischem Ansatz und ihrem Verständnis der Pflege lassen sich **Methodologien und Handlungsstrategien für die Gestaltung der pflegerischen Dienstleistungssituation** ableiten. Eine zentrale Aussage besteht darin, dass das Selbst der Pflegekraft ihr wichtigstes ‚Handwerkszeug‘ in der Beziehung zum Patienten ist. Es ist ihr Medium zur Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung. Hierbei kommen der Pflegekraft ihre Fähigkeit zur Kommunikation, zur Beobachtung und ihre interpersonalen Fähigkeiten zu gute. Die teilnehmende Beobachtung ist ein anderes wichtiges Mittel, das sich auf die Pflegekraft selbst, auf den Patienten und auf das fokussiert, was in der Beziehung vonstatten geht. Das im Mittelpunkt stehende Thema oder Problem oder die Beziehung wird zunächst erkannt und sodann von der Pflegekraft und dem Patienten untersucht bzw. erkundet. Hierbei werden Beziehungen herausgearbeitet, z.B. welche Beziehung zwischen einem bestimmten Verhaltensmuster des Patienten und dem Handeln der Pflegekraft besteht oder zwischen einem Verhaltensmuster und der Reaktion des Patienten auf Schmerz. Weiter wird beobachtet, welche Verlaufsmuster die im Mittelpunkt der Beziehung stehenden Phänomene haben. Eine solche teilnehmende Beobachtung erfordert die entschlossene Selbstuntersuchung der Pflegekräfte und eine absolut ehrliche Einschätzung ihres Verhaltens in der Interaktion mit dem Patienten. Durch die Beobachtung und Analyse ihres eigenen Verhaltens werden sich die Pflegekräfte ihrer Bedürfnisse, Intentionen und Botschaften, die sie den Patienten mitteilen, mehr bewusst. Eine andere Form der Beobachtung bezeichnet Peplau als ‚empathic linkage‘⁶¹ (Peplau 1997: 162, Pkt. 5.4.1). Die kontinuierliche

⁶⁰ Aufgrund der Entwicklung der psychiatrischen Pflege ist die Pflege gezwungen, ihr Verständnis einer fortgeschrittenen psychiatrischen Pflegepraxis (advanced practice), die humanistisch und psychosozial orientiert ist, zu entwickeln (Peplau in Spray 1999: 31). Peplau sieht die Gefahr, dass die psychiatrische Pflege als Feld verschwindet, wenn die zwischen Neuroscience und dem psychosozialen Verhalten bestehenden Beziehungen deutlich werden. Die Pflege könnte verschwinden, weil es ‚nichts mehr zu tun gibt‘.

⁶¹ Wenn die Pflegekraft in sich die Angst des Patienten spürt, kann sie diesen direkt fragen, was seine Gefühle in diesem Moment sind. Auf diesem Weg validiert sie das Gespürte und eröffnet den Weg für einen direkten Umgang mit dem Angstgefühl.

Entwicklung der Kompetenzen⁶² der Pflegekräfte und die Entwicklung von Wissen sind zwei von der Pflege als Profession zu leistende Aufgaben. Hierbei kommt der Analyse klinischer Situationen und der Förderung eines ‚erkundenden Habitus‘ eine zentrale Rolle zu. Die Notwendigkeit, dass eine Pflegekraft ihr eigenes Verhalten in der Beziehung zu einem bestimmten Patienten verstehen können muss, wenn sie diesem helfen will, belegt die Arbeit von Maria Nyström (2007: 285f). Sie dehnt dieses auch auf die Arbeitsbeziehungen zu KollegInnen aus. Auch hier können Gefühle aus vergangenen, früheren Schwierigkeiten wachgerufen werden, die in Problemen, die in diesen Beziehungen generiert werden, neu ausgetragen werden. Die Persönlichkeit einer jeden Pflegenden beeinflusst die Art und Weise, wie sie interpersonale Kontakte in jeder Situation gestaltet. Das Ausmaß dessen, was die Pflegekraft dabei von ihrer eigenen Funktionsweise versteht, bestimmt das Ausmaß von dem, was ihr von einer Situation, mit der der Patient konfrontiert ist, zu verstehen möglich ist und davon, wie er diese sieht.

Peplau hat als erste die Rolle artikuliert, die eine Pflegekraft in der Beziehung zum Patienten einnimmt (s. Lego 1995: 78). Für den Bereich der Psychiatrie entwickelte sie die Rolle der ‚clinical specialist nurse‘⁶³. Deren Wesen sah sie anfänglich⁶⁴ als Beraterin, später erst als Psychotherapeutin. Sie sah diese weniger in der Rolle der Sozialisiererin, Bemutterin oder Stationsmanagerin. Bei der von der Pflege angebotenen Psychotherapie unterschied sie zwischen einer an der Oberfläche ansetzenden und einer in die Tiefe gehenden Psychotherapie. Nach Vandermark (2006) kann die Nutzung von Pflege-theorien die professionelle Entwicklung von Pflegetherapeuten leiten, indem die Rolle einer professionellen Pflegekraft stärker akzentuiert wird und so der zu initiiierende Prozess gefördert wird, indem die auszuführenden pflegerischen Aufgaben/Funktionen herausgearbeitet werden. Sie überträgt Peplaus Ideen auf die Entwicklung der professionellen Pflegekraft. Sie betont insbesondere die von Peplau beschriebenen psychologischen Aufgaben, von denen sie die Aufgabe, sich selbst zu identifizieren, hervorhebt. Eine wichtige Frage kommt dem Thema Abhängigkeit zu. Hier gilt es zu klären, was Abhängigkeit für eine Pflegekraft selbst bedeutet, wie sich diese für sie anfühlt und wie es ist, wenn andere von einem abhängig sind. Vandermark (2006: 611) plädiert dafür, dass eine Pflegekraft ihre eigene innerpsychische Funktionsweise verstehen lernen muss und schlägt vor, dass eine pflegerisch tätige Therapeutin selbst eine Therapie nach dem Vorbild von Peplau machen sollte. Sie sieht ihren Vorschlag vor dem Hintergrund, dass heutzutage das Ergebnis der geleisteten Pflege immer mehr auf dem Prüfstand steht.

Wird der von Peplau vorgelegte Ansatz ernst genommen, dann muss die *zwischen dem medizinischen und dem pflegerischen Funktionskreis bestehende ‚traditionelle‘ Beziehung einer kritischen Reflexion* unterzogen werden. Peplau liefert erste Hinweise für eine **Neuausrichtung dieser Beziehung**. Sie besteht im Erkennen des dieser Beziehung zugrunde liegenden Musters und der Bedürfnisse, die dieses Muster bedient. Für Peplau ist klar, dass die Arbeitsbeziehung zwischen Arzt und Pflegekraft eine kooperative sein sollte. Um die damit einhergehenden Veränderungen erahnen zu können, soll die Entwicklung dieser Beziehung kurz skizziert werden, wie sie von Peplau in einem Interview mit Lee Spray⁶⁵ (1999: 30) beschrieben wird. Anfänglich beruhte die Beziehung Medizin-Pflege darauf, dass den Pflegekräften medizinisches Wissen und Theorien von Medizinern in einer abgespeckten Version vermittelt wurden. Durch den Unterricht hatten die Ärzte auch die Kontrolle über

⁶² In einigen Pflegebereichen hat sich Supervision zur Reflexion der klinischen Arbeit durchgesetzt. Der Inhalt dieser Supervision müsste jedoch pflegeinhaltlich fundiert werden, um pflegerisches Wissen und pflegerische Kompetenzen weiterentwickeln zu können. Auch hier tut sich ein großes Entwicklungsfeld auf.

⁶³ Übertragen auf die deutsche Situation ist dies die Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Peplau hatte einen wissenschaftlichen Studiengang auf Masterniveau entwickelt und in diesem Zusammenhang auch die Rolle der Pflegekraft als Psychotherapeutin konzipiert. Diese sah Peplau auf gleicher Ebene wie eine, die aus der Psychologie, Psychiatrie etc. kam. Ihr war es aber wichtig, den therapeutischen Inhalt auf pflegerische Erfordernisse zu fokussieren.

⁶⁴ Es ging hier vor allem um Diplomatie. In den 1950er Jahren stießen Peplaus Ideen in der Pflege vielfach auf Widerstände (s. Spray 1999).

⁶⁵ Das Interview wurde am 4. November 1995 geführt.

das, was sie lehrten⁶⁶ (s. Peplau 1999/1966: 31). So bestand die Tendenz, dass sich Pflegekräfte mehr oder weniger an der Medizin orientierten. An anderer Stelle beschreibt Peplau, wie die in Kap. 4 erwähnte Mülleimer-Fahrstuhl-Theorie in der Praxis funktionierte. Den ‚benefit‘ hatte der Arzt. Er konnte sich immer neuen Entwicklungen zuwenden, weil er das Routinemäßige an die Pflegekräfte weiterreichte. Der andere Nutznießer war der Krankenhausträger. Dadurch, dass er in der Pflege ‚billige bzw. unbezahlte Kräfte‘ (Auszubildende) hatte, konnte er das eingesparte Geld für Investitionen in Medizintechnologie einsetzen. Der Zuwachs an Arbeit der Pflegekräfte wurde weder belohnt, noch brachte er Prestige. Dieses *Verhaltensmuster* der Ärzte und der Krankenhausträger wurde nur von wenigen Pflegekräften beklagt⁶⁷. Eine Wende in der Beziehung Pflegekraft-Arzt trat 1929 mit der großen Depression ein. Es kam zu Veränderungen in der Pflege- und Medizinausbildung (s. auch Peplau 1987b). In der klinischen Ausbildung ersetzte der in der Ausbildung befindliche Arzt immer mehr die Pflegeauszubildende. Jetzt war die Pflegekraft nicht mehr die rechte, sondern die linke Hand. Das *Beziehungsmuster* änderte sich von einem, das aus einer gegenseitigen Abhängigkeit bestand hin zu einem, in dem der Arzt die Pflegekraft kontrollierte. Die ins Krankenhaus verlagerte ‚Ersatzfamilie‘ wandelte sich zu einem komplexen sozialen Netzwerk bestehend aus Statusbedürfnissen und konkurrierenden Interessen (Peplau 1999/1966: 33).

Was die Pflege selbst betrifft, wurde der Blick auf das Verhältnis Medizin-Pflege in den 40er Jahren genauer. Einige Pflegekräfte vertraten immer stärker die Auffassung, dass die Pflege etwas von der Medizin Verschiedenes sei. Medizinische Anordnungen waren ein Teil der Pflegearbeit. Dies war der abhängige Teil. Die restliche Arbeit wurde von der Pflege definiert und von Pflegekräften praktiziert, darunter von einigen professionellen, d.h. akademisch gebildeten Pflegekräften. Im Zusammenhang mit der akademischen Ausbildung, die Anfang der 1940er Jahre ganz langsam einsetzte, begannen die Pflegekräfte über die Autonomie der Pflegeprofession zu sprechen. Das Ende des Zweiten Weltkriegs brachte einen Wendepunkt für die Pflege, und damit auch einen weiteren Wendepunkt in der Pflegekraft-Arzt-Beziehung. Hier unterschied sich die Pflege in der Psychiatrie stark von der Pflege in einem Allgemeinen Krankenhaus. Nach Peplau (1999/66: 34) erfordern psychiatrische Krankheitsbilder seitens des Professionellen eine intellektuelle Kompetenz und überlegte Antworten auf die Patienten. Hier reichten technische Maßnahmen allein nicht aus. Hier musste das interpersonale Verhalten des Patienten aus der Krankheit abgeleitet werden, und hier musste man sich beharrlich auf die korrigierenden Antworten beziehen, um die latenten Fähigkeiten des Patienten zu entwickeln. Diese Vorstellung war den Ärzten damals genau so fremd wie den Pflegekräften, die gewohnt waren zu handeln und irgendetwas zu tun. Eine solche intellektuelle Herangehensweise war vielen aus der Unterschicht stammenden Pflegekräften fremd. So gesehen hatten sie keine Ausgangsbasis, um eine überlebensfähige und lebendige Pflegepraxis zu entwickeln. Insbesondere Pflegekräfte, die während des Krieges in der Armee waren, hatten hier die Erfahrung gemacht, dass sie unabhängig denken können mussten. Viele ergriffen nach dem Zweiten Weltkrieg die Chance zu studieren. Die akademische Ausbildung von Pflegekräften führte zur allmählichen Verdrängung der Ärzte als Lehrer. Weiter kam es bei einigen Pflegekräften zu einer Veränderung ihres Selbstbilds. Sie fingen an ‚zu denken‘, wobei sie ‚die Bedürfnisse der Patienten‘ als Ausgangspunkt nahmen. Dies war eine Vorstellung, die sehr verschieden von der eines

⁶⁶ Peplau betont, dass diese Situation auf die Struktur der Pflegeschulen zurückzuführen ist, die bis 1929 bestanden. Bis dahin war das, was führende Pflegekräfte unter Pflege verstanden, von der Mehrheit der Pflegekräfte nicht wahrgenommen worden. Für die meisten bestand die Pflege darin, dem Arzt zu helfen. Dies muss auch vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Klimas gesehen werden, wonach den Frauen nur langsam gestattet wurde, ‚selbst zu denken‘. Sie verweist auf die Herkunft der Pflegekräfte, die mehrheitlich aus niederen Schichten stammten oder aus Immigrantenfamilien; ihre Art zu denken und zu handeln war verschieden. Während die Kinder aus niederen Schichten mit dem nackten Leben klar kommen mussten, tendierten Kinder aus Mittelschichten eher dazu, in Standards zu denken, bzw. Situationen aus einer abstrakten Sicht zu durchdenken und auf der Basis von Prinzipien zu handeln. Erstere agierten mehr im Rahmen von rigiden, konkreten Regeln und waren gewohnt, den Gehorsam gegenüber Autoritäten unhinterfragt zu akzeptieren. Diese Erwartung, die den Mädchen aus diesen Schichten schon früh eingepflegt wurde, verband sich gut mit den Erwartungen und dem dominanten Klima der Pflegeschulen. Das Nightingale-Gelöbnis/Vermächtnis wurde wortwörtlich genommen.

⁶⁷ Laut einem 1966 veröffentlichten Artikel (s. Gelfand Malka 2007: 17) befanden sich damals nicht wenige Pflegekräfte mit dem beschriebenen System in voller Übereinstimmung und wollten es fortsetzen.

‚handmaiden‘ für den Arzt war. Diese Entwicklung fiel mit einer anderen zusammen, wonach sich die Pflegebildung auf die Erfordernisse der StudentInnen konzentrierte. Letztere führten zu einem Wandel der Studierenden; wohingegen die Bedürfnisse der Patienten zum Verantwortungsbereich des Pflegedienstes erklärt wurden. Weiter gelang es der Pflege, immer mehr StudentInnen aus der Mittelschicht zu gewinnen. All diese Entwicklungen wirkten sich auf die Pflegekraft-Arzt-Beziehung aus. Die akademisch qualifizierten Pflegekräfte hinterfragten die untergeordnete Rolle. Sie wollten von den Ärzten als gleichrangige und kompetente unabhängige Professionelle wahrgenommen werden. Letzteres geht am besten in einer interdisziplinären Zusammenarbeit, etwas, was sich leider nicht in den gegebenen Beziehungen widerspiegelte. (Peplau 1999/66: 35). In diesem Zusammenhang haben Führungskräfte, d.h. die PflegedienstleiterInnen nicht immer im Sinne der hochqualifizierten Pflegekräfte gehandelt, sondern den Ärzten nachgegeben. Das eingespielte Beziehungsmuster Pflege-Medizin wurde dann in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts in Frage gestellt. Es wurde viel über die Identität der Pflege gesprochen, dass die Pflege einzigartig und etwas von der Medizin Verschiedenes sei. Erst wenn Medizin und Pflege, d.h., wenn beide Professionen sich voll entwickelt haben, würden sie sich komplementär zu einander verhalten. Diese Auffassung wurde auch von Peplau lange vertreten. Hiernach sind Pflege und Medizin zwei unterschiedliche, gleichwohl teilweise und zeitweise aufeinander bezogene Professionen⁶⁸. Auch wenn sie den arztabhängigen Bereich, in dem die Pflegekraft die Verordnungen des Arztes ausführt und für diesen eine assistierende Funktion wahrnimmt, anerkannte, sah sie die Notwendigkeit, dass die Pflegekraft den Verhaltensweisen des Patienten in Bezug auf seine Krankheit größere Aufmerksamkeit schenken sollte. Sie lehnte die Vorstellung von der Pflegekraft als ‚Dienstmädchen des Arztes‘ ab. Die Verantwortung der Pflegekraft bezieht sich in erster Linie auf den Patienten. (s. Gastman 1998: 1314). Peplaus Sicht auf diese Dinge hat sich im Laufe der Zeit verändert. In dem erwähnten Interview mit Spray erklärt sie, dass es für sie inzwischen wichtig sei, die zwischen Medizin und Pflege bestehenden Beziehungen (linkages) auf der **Basis von Wissen** zu klären. Bisher unterliegt diese Beziehung eher den Wechselfällen des Lebens (Forschungsergebnissen, Modetrends, Macht, Interessen etc.). An diese Einsicht Peplaus muss heute angeknüpft werden, um das traditionelle, ideologisch begründete Beziehungsmuster zwischen Medizin und Pflege in beiderseitigem Interesse aufzubrechen und die Zusammenarbeit aufgrund eines Verständnisses des Zusammenhangs zwischen medizinischem und pflegerischem Wissen neu zu ordnen. Hier ist, wie Untersuchungen zu dieser Thematik in Deutschland (Loos 2006; Sander 2009) und in anderen Ländern (Schmalenberg/ Kramer/ 2009, Vieider 2008) zeigen, noch sehr viel Arbeit zu leisten.

Werden die in dieser Arbeit zusammengetragenen Erkenntnisse Peplaus abschließend aus der Perspektive der **vier Phasen des Caringprozesses** (Kapitel 4) betrachtet, dann muss der enge Zusammenhang zwischen dem Wissen und den Kompetenzen einer Pflegekraft und den strukturellen Rahmenbedingungen, in die die Pflegekraft-Patient-Beziehung eingebettet ist, hervorgehoben werden. Worauf sich die Aufmerksamkeit in der Pflege richtet, hängt zum einen davon ab, wie der Prozess der Pflege arbeitsorganisatorisch gestaltet wird, zum anderen davon, was in der Pflegekraft-Patient-Beziehung zur Sprache kommt. Zu den organisatorischen Konsequenzen ihrer theoretischen Überlegungen hat sich Peplau nur vereinzelt geäußert. Aber auch sie hat erkannt, dass die Pflegekraft-Patient-Beziehung durch eine entsprechende Organisationsform abgestützt werden muss. An dieser Stelle sind die Erkenntnisse von Forchuk und MitarbeiterInnen hinsichtlich der Auswirkungen eines Personalwechsels auf den Verlauf der Pflegekraft-Patient-Beziehung erhellend. Diese weisen auf die Notwendigkeit hin, die üblichen Strategien des Personaleinsatzes⁶⁹ zu überdenken. Die Arbeiten von Moyle (2003), Schaffer/Middleton (2001) hingegen legen nahe, die Organisation der Pflegearbeit daraufhin zu untersuchen, welche

⁶⁸ Im Interview mit Spray macht Peplau darauf aufmerksam, dass sie von den Ärzten, mit denen sie während ihres Militäreinsatzes in England zusammenkam, viel über das Konzept von Profession gelernt hat, ebenso wie später am Teachers College in der Summer School über Everett Hughes. Sie hat sich intensiv mit den damaligen Vorstellungen über Profession und Professionalisierung befasst und hatte sich hiervon in den 50er Jahren eine Vorstellung erarbeitet, die in der Pflege dieser Zeit nicht weit verbreitet war. Sie setzte sich dafür ein, dass die Pflegekräfte sich mit diesem Konzept auseinandersetzten.

⁶⁹ Bspw. ein Wunschdienstplan, der sich einseitig an den Bedürfnissen des Personals orientiert.

Verhaltensweisen durch bestimmte Organisationsmuster gefördert und welche in ihrer Entfaltung behindert werden.

Die Fallbeschreibung von Marchese (2006) illustriert die Anwendung von Peplaus Ansatz bei der Anleitung von Patienten, denen aufgrund eines Blasen-Ca die Blase entfernt worden ist und die eine neue Harnableitung erhielten. Sie geht nur implizit auf das Selbst ein. Sie zeigt den Stellenwert einer professionellen Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung auf, die in ihrem Fall aufgrund einer Veränderung des Gesundheitszustands des Patienten und aufgrund der Verfügbarkeit einer Pflegekraft mit spezifischen Fähigkeiten zustande kommt. Sie geht auf die Phasen der Beziehung ein und unterstreicht mit Bezug auf die Identifikationsphase, dass eine frühe Unabhängigkeit des Patienten seine Selbstachtung unterstützen kann ebenso wie eine Rückkehr zu einem positiven Körperbild. In Anlehnung an Peplau bestätigt sie, dass erfolgreiche Interventionen nur dann eintreten können, wenn der Patient sich von der Pflegekraft wertgeschätzt und akzeptiert fühlt (Marchese 2006: S. 369). Ein wichtiger Aspekt der pflegerischen Arbeit besteht darin, den Patienten mittels einer erfolgreichen Pflegekraft-Patient-Beziehung beim ‚re-imaging seines Selbst‘ zu unterstützen und beim Aufbau eines über die enge Familie hinausgehenden Netzwerks durch die Förderung einer Patient-Gemeinde-Beziehung (Marchese 2006). In eine ähnliche Richtung weist Janet Graham (2006: 30), die die Bedeutung Peplaus für die Pflege in der Hämodialyse anhand des professionellen Verhaltens der Pflegekräfte in ihrer Beziehung zum Patienten demonstriert. Auch sie betont, dass das, was hier geschieht, für die Pflege wesentlich ist. Sie unterstreicht, dass eine Pflegekraft imstande sein muss, ihr eigenes Verhalten anstatt das des Patienten zu handhaben. Es gehe nicht um die Befriedigung der Bedürfnisse der einzelnen Pflegekräfte. Letzteres kann sich, wie sie anhand konkret zu beobachtender Verhaltensmuster illustriert (z.B. Kanülenwechsel) schädlich auf die Pflege des Patienten auswirken. Auch Sabine Stahlmann (2004) zeigt an einem Fallbeispiel aus dem Suchtbereich, wie Peplaus Theorie in der Praxis eingesetzt werden kann und wie die Haltung der Pflegekraft das Verhalten des Patienten beeinflusst.

Die Erkundung pflegerischer Situationen ist wichtig, um die gegenwärtige Pflegepraxis einer Rekonstruktion zu unterziehen. Hierbei kommt dem Verständnis der Funktionsweise des Selbst bzw. des Selbst-Systems, wie Peplau es nennt, eine zentrale Rolle zu (s. auch Silverstein 2003: 24).

6. SISTER CALLISTA ROY¹: DAS ROYSCHES ADAPTATIONSMODEL (RAM)

Der von Roy vorgelegte Ansatz, das **R**oysche **A**daptations**m**odell (RAM) interessiert hier vor allem wegen ihres Verständnisses des ‚Selbstkonzepts‘, das sie im RAM als Adaptationsmodus versteht. Zur Darstellung dieses Modus werden die Entwicklung und der theoretische Hintergrund des RAM kurz skizziert. Sodann werden – wie im vorangegangenen Kapitel für Peplau – die Vorstellungen Roys zum ‚Selbstkonzept‘ danach befragt, wie diese für die handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells genutzt werden können. In einem weiteren Schritt werden die vier Adaptationsmodi unter Einbeziehung von neueren Arbeiten zum RAM betrachtet und die gewonnenen Erkenntnisse entlang der in Kapitel 4 entwickelten Fragen diskutiert.

6.1 ERSTE ANSÄTZE, ENTWICKLUNGSLINIEN UND THEORETISCHER HINTERGRUND

Erste Ansätze eines Adaptationsmodells für die Pflege entwickelte Sister Callista Roy, während ihres Studiums in den 1960er Jahren an der University of California, Los Angeles auf Anregung von Dorothy E. Johnson², einer der ersten Pflege-theoretikerinnen. Ihr Adaptationsmodell stützt sich auf Ideen der Allgemeinen Systemtheorie Ludwig von Bertalanffys und auf die Arbeiten von Harry Helson und Autoren wie Bruce P. Dohrenwend, Richard Lazarus, David Mechanic oder Hans Selye, die sich mit den Fragen der menschlichen Adaptation, Stress und Bewältigung (Coping) beschäftigt haben³ (s. z.B. Roy 1970, 1976, 1981, 1988, 1989, 2009, Roy/Andrews 1991, 1997, 1999). Das zunächst nur in Ansätzen vorhandene Modell arbeitete Roy nach ihrem Studium weiter aus. Erste Vorstellungen zu ihrem Modell veröffentlichte sie 1970 unter dem Titel ‚*Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing*‘. Darin begründet sie, warum das Konzept der Adaptation im Zusammenhang mit menschlichen Phänomenen wie Gesundheit und Krankheit speziell für die Pflege von Bedeutung ist. Eine zentrale Funktion der Pflege besteht nach Roy (1970: 43) darin, den Patienten bei der Adaptation zu unterstützen und zu fördern. Dies setzt ein Verständnis der Adaptationsprozesse und jener Mechanismen voraus, die zu einer positiven Adaptation führen.

In den Jahren 1970 bis 1972 wurden erste Erfahrungen mit dem ‚**Roy Adaptation Model**‘ in Lehre und Praxis gesammelt, die zu einer empirischen Überprüfung, Überarbeitung und weiteren Vertiefung einzelner Konzepte führten. Eine Stichprobe von 500 Handlungsweisen von Patienten in verschiedenen klinischen Situationen führte zur Identifizierung und Differenzierung von vier Adaptationsmodi: dem *physiologischen Modus*, dem *Selbstkonzept-Modus*, dem *Rollenfunktions-Modus* und dem *Interdependenz-Modus* (s. Roy 1988: 29). Nach Roy (1980: 179) ist das RAM⁴ in erster Linie ein systemisches Modell. Dies kommt in der Vorstellung vom Menschen als *adaptive System* zum Ausdruck. Dieser Ansatz wird mit einem interaktionistischen Ansatz verbunden, der sich insbesondere in den drei psychosozialen Modi, hier vor allem im Selbstkonzept-Modus und im Rollenfunktionsmodus, widerspiegelt. Bei der Begründung dieser Modi finden sich u.a. Hinweise auf die Arbeit von George H. Mead (s. Kap. 3). Diese Modi bieten erste Anknüpfungspunkte für die beabsichtigte handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells.

Der Fokus des Adaptationsmodells zielt von Anfang an auf den **Klienten** (zunächst nur mit Blick auf dessen Adaptationsprobleme, später auf das gesamte menschliche Handlungsrepertoire im Zusammenhang mit **Adapta-**

¹ Sr. Callista Roy erhielt 1963 ihren Bachelor of Arts in Nursing vom Mount Saint Mary's College in Los Angeles und 1966 ihren Master of Science in Nursing von der Universität von Californien, Los Angeles (UCLA). Sie schloss 1973 ihr Soziologiestudium mit einem Master ab. Sie promovierte 1977 in Soziologie ebenfalls an der UCLA (s. Philipps 2006: 355).

² Johnson hat sich bei der Entwicklung ihres ‚behavioral system models‘, auf die in den 1950er und 1960er Jahren vorliegenden systemtheoretischen Gedanken gestützt. Sie hat die wissenschaftliche Karriere und Entwicklung von Roy als Pflege-theoretikerin maßgeblich gefördert (s. hierzu auch Parker 2001, Silverstein 2003)

³ Sie präsentierte ihre Vorstellungen zu einem konzeptuellen Pflegemodell erstmals in einem Psychologieseminar.

⁴ Roy hat das RAM in den folgenden Jahren in Zusammenarbeit mit anderen PflegewissenschaftlerInnen weiterentwickelt. Diese haben in den einzelnen Veröffentlichungen zum RAM auch Kapitel beigesteuert, was ich durch Namensnennung kennzeichnen werde. Alle, die in irgendeiner Weise diese Weiterentwicklung befördert haben, werden von Roy genannt.

tion und *Copingmechanismen* einschließlich der Kontroll- und Steuerungsmechanismen der Adaptationsmodi), der sich in einer permanenten Auseinandersetzung mit einer sich ändernden *Umwelt* befindet (s. Roy 1976: 11). Weitere wichtige Elemente dieses theoretischen Ansatzes sind

- das *pflegerische Ziel* oder auch *Outcome*/Ergebnis (im Sinne der Förderung und Unterstützung einer positiven Adaptation und damit der Gesundheit)
- die *pflegerische Intervention*, d.h. das *pflegerische Handeln einer Pflegekraft*. (s. Roy 1976, 1981, Roy/Andrews 1999, Roy 2009).

Das dem RAM zugrunde liegende Verständnis vom Menschen und seiner Gesundheit geht von der Annahme aus, dass eine Typologie ‚positiver Lebensprozesse‘ der Schlüssel für das pflegerische Urteil und für Pflegediagnosen ist. In ihrem 1991 veröffentlichten Buch legen Roy/Andrews (1991: XVIII) eine erste Typologie von Indikatoren vor, die auf eine positive Adaptation hinweisen. Die wesentlichen Veränderungen des in zweiter Auflage 1999 herausgekommenen Buchs bestehen darin, dass im Mittelpunkt des Modells nicht mehr nur der einzelne Mensch steht, sondern dass die Anwendung des Modells auch an Gruppen veranschaulicht wird. Des Weiteren wird in der Darstellung der einzelnen Adaptationsmodi zwischen unterschiedlichen Adaptationsniveaus differenziert. Diese repräsentieren die Bedingungen von Lebensprozessen. Roy/Andrews (1999: 36) unterscheiden zwischen einem integrierten, einem kompensierenden und einem gefährdeten bzw. beeinträchtigten Adaptationsniveau. In der 2009 erschienenen dritten Auflage legt Roy zum einen ihre philosophischen Annahmen in Bezug auf die Anforderungen an eine professionelle Pflege im 21. Jahrhundert dar, zum anderen wird hier die Adaptation aus der Sicht von Gruppen weiter ausgearbeitet. Der Entwicklungsprozess der fünf zentralen Elemente des RAM wird in der Tabelle 6.1 dargestellt.

Tab. 6.1: Zentrale Elemente des RAM (Roy 2009: 29)

Frühe Entwicklung	Gegenwärtiger Sinn/Verwendung
Adaptation: <ul style="list-style-type: none"> • positiv auf Veränderungen der Umwelt reagieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Prozess und das Ergebnis (Outcome), wonach die denkende und fühlende Person als Einzelner oder in einer Gruppe von ihrem Bewusstsein und Auswahlmöglichkeiten bewusst Gebrauch macht, um eine Integration von Mensch und Umwelt zu erzeugen.
Person: <ul style="list-style-type: none"> • ein bio-psycho-soziales Wesen in konstanter Interaktion mit einer sich ändernden Umwelt; nutzt angeborene und angeeignete Mechanismen, um sich anzupassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein adaptives System, das als ein aus Teilen bestehendes Ganzes beschrieben wird; • Funktioniert als Einheit mit einem bestimmten Ziel; • Berücksichtigt Menschen als Einzelne oder in Gruppen – Familien, Organisationen, Gemeinschaften und in der Gesellschaft als Ganzes.
Umwelt: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fokal</i> – interne oder externe Stimuli, die den Menschen unmittelbar konfrontieren • <i>Kontextual</i> – alle gegenwärtigen Stimuli in der Situation, die zur Wirkung des fokalen Stimulus beitragen • <i>Residual</i> – ein Faktor, dessen Einwirkung auf die gegebene Situation unklar ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Bedingungen, Umstände und Einflüsse, die die Entwicklung und das Verhalten/Handeln von Menschen und Gruppen umgeben und unter besonderer Berücksichtigung der Gegenseitigkeit, der menschlichen Ressourcen und der Erde berühren, einschließlich der fokalen, kontextuellen und residualen Stimuli.
Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> • eine unvermeidbare Dimension des menschlichen Lebens; dargestellt durch ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Zustand und ein Prozess des Seins und Werdens eines integrierten Ganzen.
Ziel der Pflege: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation in allen vier adaptiven Modi zu fördern 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Adaptation für Einzelne und Gruppen in den vier adaptiven Modi zu fördern und so zu Gesundheit, Lebensqualität und zu einem Sterben in Würde beizutragen, indem das Verhalten/Handeln und die Faktoren eingeschätzt werden, die die adaptiven Fähigkeiten beeinflussen und durch ein entsprechendes Eingreifen die umwelt/umgebungsbedingten Interaktionen verbessern.

Das RAM basiert auf wissenschaftlichen und philosophischen Annahmen, die als allgemeine Prinzipien des ‚Humanismus‘ und als Prinzipien der ‚Veritivity‘⁵ gesehen werden. Letztere wurden erst in den 1980er Jahren deutlicher herausgearbeitet und besagen u.a., dass der Mensch ein kreatives Wesen ist, das sein Leben aktiv gestaltet, seinem Leben Sinn verleiht, sowie dass er ein gesellschaftliches Wesen und auf interpersonale Beziehungen angewiesen ist (s. z.B. Roy 1987, 1988, Fawcett 2005, Meleis 2007). Diese Vorstellungen wurden in den folgenden Jahren weiter geklärt, in denen sich Roy ausführlich mit dem Thema ‚Wissen‘ beschäftigte⁶. Ihre philosophischen, wissenschaftlichen sowie kulturellen Annahmen gehen aus Tabelle 6.2. hervor.

Tab. 6.2: Annahmen des RAM nach Roy (2009: 31)

Philosophische Annahmen	Wissenschaftliche Annahmen	Kulturelle Annahmen
<p>Menschen stehen in einer wechselseitigen Beziehung zur Welt und zu einem Gottes-Begriff.</p> <p>Menschlicher Sinn hat seine Wurzeln in einem Omega Punkt der Konvergenz/Annäherung an das Universum.</p> <p>Gott zeigt sich in der Diversität der Schöpfung und ist das gemeinsame Schicksal/Fügung der Schöpfung.</p> <p>Menschen nutzen die menschlichen kreativen Fähigkeiten des Bewusstseins, der Aufklärung und des Glaubens/Vertrauens.</p> <p>Menschen sind verantwortlich dafür, am Prozess ihres Herkommens teilzunehmen sowie an dem des Aufrechterhaltens und Transformierens des Universums/der Welt.</p>	<p>Körpersysteme und Energien schreiten zu höheren Ebenen einer komplexen Selbstorganisation fort.</p> <p>Bewusstsein und Sinn sind grundlegend für die Integration von Mensch und Umwelt.</p> <p>Ein Bewusstsein von sich selbst und der Umwelt ist im Denken und Fühlen verwurzelt.</p> <p>Menschliche Entscheidungen sind verantwortlich für die Integrierung von kreativen Prozessen.</p> <p>Denken und Fühlen vermitteln menschliches Handeln.</p> <p>Beziehungen zwischen Systemen beinhalten Akzeptanz, Schutz und die Unterstützung der Interdependenz.</p> <p>Menschen und die Erde haben gemeinsame Muster und stehen in einer ganzheitlichen Beziehung zueinander.</p> <p>Transformationen von Mensch und Umwelt werden im menschlichen Bewusstsein geschaffen.</p> <p>Die Integration von menschlichem und umweltbedingtem Sinn führt zu Adaptation.</p>	<p>Erfahrungen in einer spezifischen Kultur werden jedes im RAM beschriebene Element beeinflussen.</p> <p>Innerhalb einer Kultur kann es sein, dass ein Konzept für diese Kultur zentral ist und von daher einige oder alle Elemente des RAM in einem mehr oder weniger größeren Ausmaß beeinflussen wird.</p> <p>Kulturelle Ausdrucksweisen der Elemente des RAM können zu Veränderungen von praktischen Tätigkeiten führen, wie z.B. der Pflegeeinschätzung.</p> <p>So wie sich die RAM-Elemente innerhalb einer (fremden) kulturellen Perspektive entwickeln, können die Implikationen für das Studium und die Forschung anders als in der Herkunftskultur sein.</p>

Bei der Übertragung des Konzepts der Adaptation auf pflegerische Situationen und Phänomene greifen Roy/Andrew auf die Adaptations-Niveau-Theorie Helsons zurück und betten diese in ein systemisches Gedankengebäude⁷ ein. In Anlehnung an Anatol Rapoport definieren sie ein System ganz allgemein als einen Satz von zusammenhängenden Teilen, die sich als Ganzes aufgrund der wechselseitigen Abhängigkeit der einzelnen Teile untereinander in Bezug auf ein Ziel betätigen. Ein solches System kann, wie in Abbildung. 6.1 dargestellt, mit den Begriffen ‚Inputs‘, ‚Outputs‘ sowie ‚Steuerung und Feedback‘ charakterisiert werden (Roy/Andrews 1991: 7).

⁵ Dieser Begriff ist von Roy dem Lateinischen ‚veritas‘ entlehnt worden und bedeutet Wahrheit. Sie versteht hierunter „a principle of human nature that affirms a common purposefulness of human existence“. Christliche, aber auch andere Weltreligionen sehen die Sinnhaftigkeit des menschlichen Lebens in der Vereinigung mit Gott, dem Schöpfer, und dem Rest der Menschheit im Himmel (s. Roy 1988: 29, 1992: 70f). In diesem philosophischen Prinzip kommt der Glaube Roys zum Ausdruck sowie ihre Zugehörigkeit zum Orden der ‚Sisters of St. Josef of Carondelet‘. Roy (2000) beschreibt, wie sie sich aufgrund einer spezifischen Begegnung mit dem theoretischen Ansatz von Martha Rogers auf einer Konferenz in New York City 1983 herausgefordert sah, den Unterschied zwischen ihren Überzeugungen und ihrem Glauben und dem von Martha Rogers vertretenen ‚Relativismus‘ herauszuarbeiten. Diesen Unterschied will sie mit dem Begriff ‚Veritivity‘ zum Ausdruck bringen.

⁶ Eine ausführliche Beschreibung ihres Verständnisses von Wissen und der Entwicklung von Wissen findet sich in dem Aufsatz ‚Knowledge as Universal Cosmic Imperative‘ (Roy 2007)

⁷ Mit dieser Einbettung in systemtheoretische Vorstellungen betonen sie, dass lebende System keine linearen Phänomene, sondern höchst komplex und vielfältig sind, wie auch die Interaktionen mit ihrer jeweiligen Umwelt. Für den Menschen sind insbesondere seine Interaktionen mit signifikanten Anderen von Bedeutung (s. Roy/Andrews 1999:33).

Aus Helsons Theorie wird u.a. die Annahme abgeleitet, dass das Handeln des Menschen sowohl eine Funktion der auf ihn einwirkenden Stimuli als auch eine des Adaptationsniveaus ist (s. Roy 1987: 37). Hiernach verfügt der Mensch als lebendes System über die Fähigkeit zur Adaptation, d.h. menschliches Handeln ist aus sich heraus adaptiv. Die Fähigkeit zur positiven Adaptation bezeichnet Helson als eine Funktion des menschlichen Adaptationsniveaus⁸.

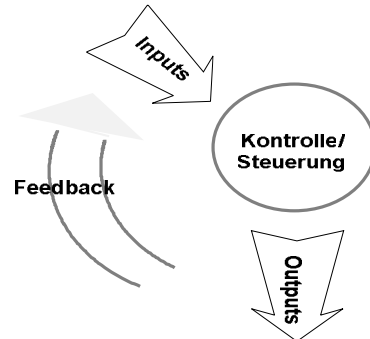


Abb. 6.1: Vereinfachte Darstellung eines einfachen Systems nach Roy/Andrews (1991: 7)

Diese Gedanken hat Roy (1981: 45) aufgegriffen und in Bezug auf die Pflege und die Notwendigkeit des Menschen, sich mit Adaptationsproblemen in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit auseinanderzusetzen, weiterentwickelt (s. hierzu auch Silverstein 2003). Aus Abbildung 6.2 geht hervor, wie Roy das Systemmodell auf die Adaptation überträgt.

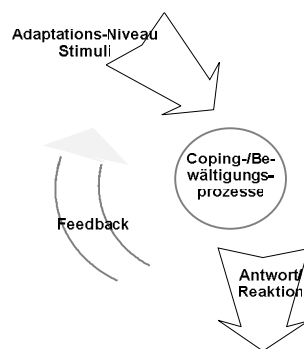


Abb. 6.2: Menschen als adaptive Systeme nach Roy/Andrews (1991: 8)

Mit Blick auf das menschliche Adaptationsniveau bedeutet dies, dass dieses Niveau eine gewisse Bandbreite oder Zone umspannt, welche sich fortwährend ändert. Wenn Stimuli diese Zone über- oder unterschreiten, wird der Organismus zu einer Reaktion veranlasst. Stimuli, die in diese Zone fallen, führen zu einer positiven Adaptation. Stimuli, die außerhalb dieser Zone liegen, führen zu einer negativen oder ineffektiven Adaptation. Das Adaptationsniveau kann interpretiert werden als der Handlungsspielraum eines Menschen, der ihm in einer bestimmten Situation zur Verfügung steht. Aus dieser Sicht stellen die drei genannten Adaptationsniveaus unterschiedliche Bedingungen von Lebensprozessen dar, d.h. Bedingungen *integrierender*, *kompensierender* und *gefährdeter* Lebensprozesse. Nach Roy (2009: 33) wirkt sich das Adaptationsniveau eines Menschen auf seine Fähigkeit aus, mit einer Situation positiv umzugehen. Sie begreift das Verhalten/Handeln⁹ eines Menschen bzw.

⁸ Helson bezeichnet „den Punkt auf dem Reizkontinuum, oberhalb dessen wir Reize als ‘stark’ oder unterhalb dessen wir sie als ‘schwach’ empfinden, als Adaptationsniveau“ (s. Wendt 1989:129). Er hat den Begriff zunächst aus der Biologie und der Sinnesphysiologie entnommen, in der Psychophysik weiterentwickelt und schließlich im Rahmen seiner Sozialpsychologie auf Menschen bezogen (s. Roy/McLeod 1981: 53).

⁹ Der von Roy verwendete Begriff ‚behavior‘ kann unterschiedlich übersetzt werden. Die Übersetzung mit Verhalten erscheint mir zu eng und zu sehr mit der Funktionsweise des menschlichen Körpers als biologischem Wesen verbunden. Der Handlungsbegriff von Roy schließt diese Funktionsweise wie die aktive Auseinandersetzung des Menschen mit seiner sozialen Umwelt mit ein. Letzteres wird eher mit dem Begriff Handeln ausgedrückt. Um dieses Zusammenspiel zum Ausdruck zu bringen, nutze ich beide Begriffe, d.h. Verhalten und Handeln und darüber hinaus in bestimmten Situationen den Begriff ‚Reaktion‘.

einer Gruppe im Sinne des Outputs als Funktionsweise der Input-Stimuli und des Adaptationsniveaus des Menschen bzw. der Gruppe. Beim *integrierenden* Niveau entsprechen die Strukturen und Funktionsweisen der verschiedenen Lebensprozesse als Ganzes den menschlichen Erfordernissen. Beim *kompensierenden* Niveau werden Bewältigungsmechanismen (s. unten) ausgelöst, weil die bisher ‚integrierenden Lebensprozesse‘ mit einer Änderung konfrontiert sind. Das dritte Niveau tritt ein, wenn die zuvor genannten integrierten und kompensatorischen Prozesse nicht ausreichen. Die sich daraus ergebenden Adaptationsprobleme sind für die Pflege relevant (s. Roy/Andrews 1999: 40f). In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass sich die Lebensprozesse im menschlichen Handeln äußern und dass sich in den wesentlichen Lebensprozessen im Laufe der Zeit bestimmte (Handlungs-) Muster herausbilden, die für einen Menschen oder eine Gruppe charakteristisch sind (s. Roy 2009: 33). Das Adaptationsniveau bildet insofern die Fähigkeit des Menschen ab, sich in einer sich ändernden Umwelt zu behaupten und diese zu handhaben, d.h. in der Lage zu sein, die gegebenen internen und äußeren Anforderungen zu bewältigen. Die berufliche/professionelle Pflege strebt nach diesem Modell eine positive Adaptation in den vier Adaptationsmodi der zu pflegenden Menschen und ihrer jeweiligen Bezugssysteme bzw. der Gruppen an, indem sie den Pflegeprozess entsprechend gestaltet. Hierzu benötigt sie die Kenntnis der den vier Adaptationsmodi zugeordneten grundlegenden Lebensprozesse, die mit der zweiten Auflage des RAM (Roy/Andrews 1999) näher beschrieben werden, sowie darüber, wie diese die Handlungsfähigkeit des Einzelnen bzw. der Gruppe bedingen. Indem die Pflege eine positive Adaptation unterstützt, trägt sie zu Gesundheit, Lebensqualität oder einem würdevollen Sterben bei (s. Roy 1987: 43, Lutjens 1991: 14, Roy/Andrews 1999: 55, Roy 2009: 49).

Für die Pflege heißt dies, dass das Adaptationsniveau eines Menschen aufgrund seiner aktiven Beziehung zu seiner inneren und äußeren Umwelt infolge seiner Erfahrungen Änderungen unterliegt. Ist das Handlungsspektrum eines Menschen aufgrund einer neuen Situation zunächst begrenzt, besteht für ihn die Möglichkeit, aus dieser Situation aktiv zu lernen und so das eigene Adaptationsniveau zu beeinflussen. Darüber hinaus ist der Mensch imstande dieses Niveau zu ändern, indem er auf seine Umwelt einwirkt. Mit anderen Worten, beim Adaptationsniveau wird ein dynamisches Gleichgewicht unterstellt. Adaptation im Sinne dieses dynamischen Gleichgewichts kann eine Folge sowohl gesteigerter als auch herabgesetzter Reaktionen sein, die durch autonome wie kognitive Prozesse hervorgerufen werden, die ihrerseits durch interne Stimuli (Adrenalinstoß, Angst usw.) und/oder externe Stimuli (fremde Umgebung, Lärm usw.) ausgelöst werden. Inputs sind nach Roy Reize oder auch Stimuli, die aus der äußeren wie aus der internen Umwelt des Menschen auf diesen einwirken. Sie unterscheidet zwischen *fokalen*, *kontextualen* und *residualen Stimuli*, die zusammengekommen eine spezifische Art von Input ergeben, aus dem sich das Adaptationsniveau des Menschen ergibt (s. Roy/McLeod 1981: 55). Der Begriff des Stimulus verweist auf den Begriff Umwelt. Hiernach bilden die drei Arten von Stimuli zusammen die Umwelt. Der Umweltbegriff beinhaltet bei Roy alle Bedingungen, Umstände und Einflüsse, die den Menschen als adaptives System umgeben und die auf seine Entwicklung und auf sein Verhalten/Handeln als adaptives System einwirken. Roes Umweltverständnis ist ein sehr umfassendes und relationales, insofern es das Verhältnis des Menschen zur Erde einschließlich eines Gottesbegriffs und die vorhandenen Ressourcen einschließt. Der Mensch ist eingebettet in einen ihn umgebenden Kosmos (s. Roy 2009: 46).

Für die Pflege ist von Bedeutung, dass die Menschen im Laufe ihres Lebens unterschiedliche Adaptations-Niveaus ausbilden. Diese verschiedenen Niveaus sind auf die vereinten Effekte der (drei) Stimuli zurückzuführen. Das Niveau ist für die Verarbeitung von umweltbedingten Veränderungen signifikant. Für die Pflege sind die drei Adaptationsniveaus wichtig, da eine Pflegekraft mittels pflegerischer Interventionen Einfluss auf die *jeweiligen Stimuli* und damit auf das *Adaptationsniveau* nehmen kann. Dies kann über die Gestaltung der Umwelt oder über die Förderung von Lernprozessen geschehen (s. auch Lutjens 1991: 14). Zur Bestimmung des Adaptationsniveaus eines Menschen werden die relevanten Faktoren (fokale, kontextuale und residuale) für einen zu Pflegenden in einer gegebenen Situation ermittelt, etwa bei einem Schwächeanfall. Die Stimuli bestimmen die Bandbreite der Bewältigungs- bzw. Copingmöglichkeiten des zu pflegenden Menschen und damit seine adapti-

ven oder ineffektiven Reaktions- und Handlungsweisen in Bezug auf die Situation. Positive Lebenserfahrungen können dazu führen, dass ein Mensch über eine große Bandbreite von Fähigkeiten verfügt, mit Änderungen oder Anforderungen im Leben fertig zu werden. In anderen Situationen kann das Handlungsspektrum wiederum begrenzt sein (s. Roy/Andrews 1991: 11).

Für das Verständnis des Adaptationsprozesses sind die unterschiedlichen Stimuli wichtig, die jeweils aus der externen oder internen Umwelt auf den Menschen einwirken und sein Handeln bestimmen. Der **fokale Reiz**, auch Ankerreiz genannt, ist der interne oder äußere Reiz, mit dem sich ein Mensch unmittelbar konfrontiert sieht, quasi der Gegenstand oder das Ereignis, das seine Aufmerksamkeit erregt. Der Mensch konzentriert sich hierauf und ist gezwungen, Energien im Umgang hiermit aufzuwenden. Die sich so ergebende unmittelbare Anforderung an den Menschen kann als Stressor verstanden werden, der innerhalb eines Kontinuums von schwach bis stark wirken und sowohl physischen, physiologischen oder psychosozialen Ursprungs oder eine Kombination aus mehreren Quellen sein kann (s. Roy/McLeod 1981: 55, Roy/Andrews 1999: 38). Der Adaptationsprozess wird über den Stressor, den fokalen Reiz ausgelöst. Die damit einhergehende Änderung erzeugt eine adaptive Reaktion bzw. adaptives Handeln. Die **Kontextreize** sind in einer Situation, in der der fokale Reiz wirkt, ebenfalls gegenwärtig. Hierunter können Umweltfaktoren verstanden werden, mit denen der Mensch sich in der gegebenen Situation auseinandersetzen muss. Sie müssen aber nicht im Zentrum seiner Aufmerksamkeit stehen. So kann ein Mensch etwa stärker unter Schmerzen leiden, wenn er deren Ursache nicht kennt. Schmerz wird oft besser toleriert, wenn der Betroffene weiß, worauf der Schmerz zurückzuführen ist und dass Schmerz ein temporärer Zustand ist. Bei den **residualen Reizen** handelt es sich um innere und äußere Umweltfaktoren des Menschen (z.B. Erfahrungen, Einstellungen, Charakterzüge, klimatische Bedingungen, verschmutztes Wasser etc.), deren Wirkungen dem Betroffenen in einer gegebenen Situation nicht bewusst sein müssen und die für einen Außenstehenden schwer einzuschätzen und zu validieren sind (s. Roy/McLeod 1981: 55; Roy/Andrews 1991: 9, Roy/Andrews 1999: 39, Roy 2009: 36). Nach Helson sind Kontext- und Residualreize vermittelnde (mediating) Faktoren, die Einfluss darauf haben, wie der fokale Reiz auf den Menschen einwirkt, indem sie diesen verstärken.

Die genannten Stimuli und das Adaptationsniveau bilden den Input des menschlichen Adaptationssystems. Sie werden in irgendeiner Form verarbeitet und führen zu einer Antwort oder Reaktion des Menschen. Diese kann ganz allgemein als Bewältigungs- bzw. Copingfähigkeit eines Menschen bzw. einer Gruppe beschrieben werden, die ihrerseits wiederum ein wichtiger Stimulus für Adaptationsprozesse ist¹⁰. Im RAM werden die verschiedenen Reaktions- und Verhaltensmöglichkeiten des Menschen im weitesten Sinn als Verhalten/Handeln definiert. Hierunter werden alle innere Handlungen und Reaktionen gefasst sowie die sichtbaren Handlungen und Reaktionen in einer spezifischen Situation, wie bspw. die Reaktion auf den Schmerz, wenn man nach einer OP aus der Narkose erwacht. All diese Verhaltens- und Handlungsweisen können von einer Pflegekraft beobachtet, gemessen und mitgeteilt werden. Im Mittelpunkt der Pflege stehen adaptive Handlungsweisen, die die Integrität des Menschen fördern.

Zur Veranschaulichung des zwischen den Stimuli und dem Adaptationsprozess bestehenden Zusammenhangs wird ein weiteres Konzept eingeführt, das der Copingmechanismen. Die Begriffe Coping und Adaptation werden in der Literatur häufig synonym verwendet. Hier wird Coping in einem sehr allgemeinen Sinn verstanden als

„routine, accustomed patterns of behavior to deal with daily situations as well as to the production of new ways of behaving when drastic changes defy the familiar responses“ (Roy/McLeod 1981: 56)

¹⁰ Laut Roy (2009: 36) wird an der Entwicklung einer Theorie mittlerer Reichweite über Coping und Adaptationsprozesse gearbeitet. Es geht darum, das Konzept einer ‚fähigkeitsfokussierten Entwicklung‘ weiter zu untersuchen. Statt sich auf Bedürfnisse/Erfordernisse, Probleme oder Defizite zu konzentrieren, könnte die Copingfähigkeit als positiver Stimulus genutzt werden und zu einer Verbesserung der Adaptation gelangen.

Die dynamischen und komplexen Prozesse, die in Abb. 6.1 als Steuerung/Kontrolle bezeichnet wurden, werden im RAM begrifflich als Copingprozesse (s. auch Abb. 6.2) gefasst (s. Roy/Andrews 1999: 45). Diese Copingprozesse werden in Gang gesetzt, um adaptive Reaktionen oder adaptives Handeln hervorzubringen. Sie sind entweder angeboren, d.h. genetisch oder gattungsspezifisch determiniert, oder der Mensch hat sie sich im Laufe seiner Sozialisation und seiner Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Umwelt angeeignet. Es handelt sich hier sowohl um routinemäßig oder bewusstseinsfern ablaufende Handlungen als auch um neue, in einer Situation aktivierte bzw. erzeugte Handlungen (s. Lutjens 1991: 15, Roy 2009: 41). Roy unterscheidet auf der personalen Ebene zwischen zwei zentralen Copingmechanismen, dem **Regulator** und dem **Cognator**. Diese betrachtet sie als Subsysteme, die ihrerseits aus verschiedenen Teilsystemen bestehen. Die zum Regulator zählenden Copingmechanismen wirken im neuralen, endokrinen und perzeptiv-psychomotorischen Teilsystem. Die auf dieses System einwirkenden Inputs aus der externen Umwelt oder aus den sich aus internen Änderungen des Systems ergebenden Inputs zur Aufrechterhaltung des dynamischen Gleichgewichts sind chemischer oder elektrischer bzw. neuraler Art. Das regulative Subsystem funktioniert primär über das autonome Nervensystem, d.h. es reagiert automatisch aufgrund neuraler, chemischer und endokriner Copingmechanismen, indem Stimuli aus der internen Umwelt über die Sinnesorgane z.B. als Inputs des Nervensystems auf den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt sowie auf das endokrine System einwirken und in der Folge weiterverarbeitet und zurückgeleitet werden und zu einer automatischen, unbewussten Reaktion führen, d.h. sie setzen z.T. autonome, nicht dem Willen des Menschen unterliegende Prozesse in Gang. Sie und die entsprechenden Reaktionen des Menschen laufen bewusstseinsfern und mehr oder weniger automatisch ab. Externe Stimuli, die ebenfalls chemischer wie neuronaler Art sein können, können vom Regulator bewusst wahrgenommen und weiterverarbeitet werden und über die sogenannten Effektoren zu entsprechenden körperlichen Reaktionen und Verhaltens-/Handlungsweisen führen. Das perzeptiv-psychomotorische Teilsystem des Regulators überlappt den Cognator und kann als *Brücke* zwischen beiden Subsystemen verstanden werden, insofern die internen Stimuli des Cognator als Output der Regulatormechanismen betrachtet werden (s. Roy/McLeod 1981: 62ff, Lutjens 1991: 15). Die Teilsysteme der Cognatormechanismen sind die psychosozialen Bahnen und der entsprechende Apparat - das zentrale Nervensystem (ZNS) - für die kognitiv-emotionale Verarbeitung und Prozessierung von

1. **Wahrnehmungen und Informationen**, wobei im Mittelpunkt des pflegerischen Modells der Prozess der selektiven Wahrnehmung, der Kodierung und der Speicherung, Gedächtnisleistungen (Memory) stehen
2. **Lernprozessen** wie z.B. Imitation, Verstärkung und Einsicht
3. **Formen der Urteilsbildung**, wobei Prozesse der Problemlösung und Entscheidungsfindung besonders interessieren
4. **Gefühlen** wie z.B. Abwehr, Zuneigung, Bindung (s. Roy/McLeod 1981: 63; Roy/Andrews 1991: 14f, Roy/Andrews 1999: 47, Roy 2009: 41).

Die Effektoren des Cognator umfassen das muskuloskeletale System und die genannten psychomotorischen Teilsysteme, die alle zusammenwirken und über erstere, d.h. über die Effektoren im Menschen stattfindende Reaktionen, Empfindungen, Prozesse etc. hervorrufen und sichtbare (z.B. Körperbewegungen) sowie verbale Äußerungen nach sich ziehen. Diese können gewohnheitsmäßig, d.h. bewusstseinsfern oder in vollem Bewusstsein erfolgen (s. Roy/McLeod 1981: 63ff, Roy/Andrews 1999: 47, Roy 2009: 41). Wie erwähnt, wird das RAM (s. Roy/Andrews 1999, Roy 2009) nicht nur auf den einzelnen Menschen, sondern auch auf Gruppen (z.B. Familiensystem, Gemeinde) bezogen. Auf der Ebene der Gruppe wird anstelle von Cognator und Regulator von **Steuerungs-** bzw. **Kontrollprozessen** gesprochen, die in stabilisierende und erneuernde (innovative) Prozesse differenziert werden und die in Zusammenhang mit den Zielen sozialer Systeme wie Stabilität und Wandel stehen (s. Roy/Andrew 1999: 47f, Roy 2009: 42f).

Das **Ergebnis** bzw. **Outcome** des Adaptationsprozesses sehen Roy/McLeod (1981: 57) in adaptiven oder ineffektiven menschlichen Reaktionen bzw. Handlungsweisen. Wie schon angedeutet, werden menschliche Reaktions-, Verhaltens- und Handlungsweisen in einem sehr weitgefassten Sinn verstanden. Roy/Andrews (1999: 43) heben eigens hervor, dass diese im RAM nicht auf Probleme, Defizite oder Bedürfnisse/Erfordernisse beschränkt sind,

sondern ebenso die Fähigkeiten, Fertigkeiten, die Kompetenzen, das Vermögen sowie das Wissen eines Menschen wie auch seine Verpflichtungen beinhalten. Der Mensch als zielgerichtetes und nach Sinn strebendes Wesen verfolgt mit seinem Handeln und durch die Art seiner Auseinandersetzung mit seiner inneren und äußeren Umwelt *die Aufrechterhaltung und Integrität seines Lebens und seiner Person, sein Wachstum, seine Reproduktion und die Meisterung des eigenen Lebens*¹¹ (Roy/McLeod 1981: 58; Roy/Andrews 1991: 12). Adaptive Reaktionen und Handlungen tragen hierzu bei. Für die Beurteilung adaptiver und ineffektiver Reaktionen und Handlungen ist die Relativität menschlicher Ziele von Bedeutung. Diese müssen immer aus der Sicht des betroffenen Menschen gesehen werden. Sie unterliegen persönlichen Wertmaßstäben und Prioritäten und können mithin zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Situationen verschieden sein und jeweils andere Bedeutungen haben. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Langzeitfolgen bestimmter Handlungsweisen und somit die zeitliche Dimension des Handelns zu berücksichtigen. Bei menschlichen Zielen wie bei den Ergebnissen von Adaptationsprozessen handelt es sich um relative, nicht eindeutig definierte Phänomene. Der entweder als adaptive oder als ineffektive Antwort klassifizierte Output kann im Sinne eines Feedbacks (Rückkopplungsschleifen) einen neuen Input ergeben. Dieser bildet die Grundlage für die Entscheidung darüber, ob die Bewältigung der auf einen Menschen einwirkenden Stimuli ihm weitere Aktivitäten bzw. Bemühungen abverlangt (s. Roy/McLeod 1981, Roy/Andrews 1991, 1999, Roy 2009). Hierin drückt sich der *prozessurale Charakter* der Adaptation aus¹². Unter Bezugnahme auf ihre philosophischen Annahmen geht Roy (2009: 40) davon aus, dass adaptive Verhaltens- bzw. Handlungsweisen auf der Basis neuen Wissens u.a. zu einem immer höheren Niveau einer komplexen Selbstorganisation führen können, d.h. zu höherer Bewusstheit und höherem Sinn. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, das Ergebnis vor dem Hintergrund der sozialen und physischen Umwelt des Menschen zu betrachten. Unter den Begriff Umwelt fallen die für den Patienten wichtigen Personen, seine Fähigkeiten im weitesten Sinn, seine Lebensbedingungen und Möglichkeiten, d.h. alles, was für ihn/sie wichtig ist. Die Umwelt bedingt aufgrund von Änderungen kontinuierliche Adaptationsprozesse. Letztere bieten dem Menschen prinzipiell die Chance, sich weiterzuentwickeln, zu wachsen und den Sinn des eigenen Lebens zu transformieren. Hierbei bilden die drei Stimuli den Rahmen dieser Adaptations- und Entwicklungsprozesse. Dieser Rahmen ist nicht starr, sondern zeichnet sich durch eine gewisse Plastizität und Flexibilität aus. Gesundheit, als ein wichtiges für die professionelle Pflege anzustrebendes Ziel, wird im RAM im Kontext von Adaptation verstanden und aus einem engen biomedizinischen Verständnis herausgelöst. Im Mittelpunkt des pflegerischen Adaptationsmodells stehen der Prozess der Adaptation und das Ergebnis. Hierauf kann die Pflegekraft durch geeignete Interventionen Einfluss nehmen und zu einer positiven Adaptation beitragen. Hierzu ist ein umfassendes Verständnis von Adaptation und Adaptationsprozessen in den vier im RAM beschriebenen Adaptationsmodi erforderlich (s. Roy 2009: 49).

6.2 DER MENSCH ALS ADAPTIVES SYSTEM UND FOKUS DES RAM

Wie bereits erwähnt, begreift Roy den Menschen als ein adaptives System. Der Empfänger der pflegerischen Dienstleistung kann sowohl der Einzelne, eine Familie, eine Gruppe, eine Gemeinschaft oder die Gesellschaft als Ganzes sein (Roy 1970, 1976, 1988, Roy/Roberts 1981, Roy/Andrews 1991, 1999, Roy 2009). Roy diskutiert ihre Vorstellungen von Pflege primär am Beispiel der Pflege eines Einzelnen, d.h. auf einer Eins-zu-eins-Basis. Diese Sicht wird in den 1999 und 2009 veröffentlichten Büchern um die Pflege von Gruppen erweitert, da solche zunehmend im Zentrum des pflegerischen Handelns stehen. Adaptation und Coping werden aus der Perspektive von Systemen interpretiert, um die Komplexität des menschlichen Lebens und Seins, von sozialen Systemen und

¹¹ In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass sich lebende Systeme nach Miller (zitiert in Roy/McLeod 1981: 52) selbst ändern können, sie können ihre Umwelt ändern, sie können sich aus der Umwelt zurückziehen oder aber den angestrebten Zustand verändern.

¹² In Anlehnung an White ist Handeln nach Roy/McLeod (1981: 57) in Bezug auf die Pflege um so eher adaptiv, je mehr der Mensch in der Lage ist: 1) adäquate Informationen aus der Umwelt zu erhalten, 2) zufriedenstellende innere Bedingungen für das Handeln und die Verarbeitung von Informationen aufrechtzuerhalten und 3) seinen Bewegungsfreiraum aufrechtzuerhalten und die Freiheit zu haben, seine Möglichkeiten (Handlungsrepertoire) flexibel und variabel einzusetzen.

pflegerischen Situationen in den Blick zu bekommen. Hierbei wird weder die biologische und physische Realität des Menschen negiert, noch die psychosozialen und spirituellen Aspekte des menschlichen Seins oder der Umstand, dass die Menschen aufeinander angewiesen sind¹³. In der dritten Auflage des RAM wird die wechselseitige Abhängigkeit von Mensch und Natur/Erde besonders hervorgehoben und deutlich gemacht, wie sich Eingriffe des Menschen in die Natur auf seinen Gesundheitszustand und auf seine Adaptationsfähigkeiten auswirken (Roy 2009). Die wesentlichen Elemente des RAM werden in Abbildung 6.3 veranschaulicht:

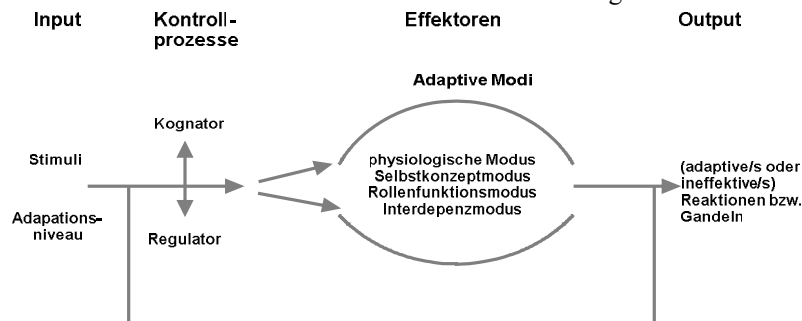


Abb. 6.3: Wesentliche Elemente des RAM nach Roy/McLeod (1981: 58)

Der Output bzw. das Ergebnis menschlicher Reaktionen und Handlungen gibt der Pflegekraft Hinweise darauf, wie gut der Mensch oder das jeweilige Bezugssystem, sei es die Familie oder eine Gruppe, sich an Änderungen in der Umwelt anpassen. Die hierbei gemachten Beobachtungen sind für die ersten Phasen des Pflegeprozesses in Roys Interpretation von zentraler Bedeutung. Sie bilden den Schlüssel für die Auswahl entsprechender pflegerischer Interventionen. Die Beurteilung der Wirkungsweise (Effektivität) menschlicher Reaktionen und Handlungen erfolgt gemeinsam mit den Betroffenen und ist auf sie sowie auf die spezifischen Bedingungen und Umstände der jeweiligen Situation bezogen. In die Beurteilung müssen die allgemeinen Ziele der Adaptation wie die individuellen Ziele eines Menschen oder die kollektiven Ziele einer Gruppe mit einbezogen werden. Das dem Einzelnen oder der Gruppe zur Verfügung stehende Handlungsrepertoire kann von der Pflegekraft im Gespräch ermittelt, beobachtet oder intuitiv wahrgenommen werden, die subjektiven Aspekte können kommunikativ mitgeteilt und nachvollzogen werden.

Die Reaktionen und Handlungsweisen des Menschen, die durch die von Regulator und Cognator in Gang gesetzten Prozesse und Copingmechanismen hervorgerufen werden, lassen sich nach Roy vier Adaptationsmodi zuordnen. Diese dienen auch als Bezugsrahmen für die Einschätzung bei der Pflegeanamnese. Hierbei handelt es sich um:

- den physiologischen Modus (physischer Modus in Bezug auf Gruppen/Kollektive)
- den Selbstkonzept-Modus (Gruppenidentität in Bezug auf Gruppen/Kollektive)
- den Rollenfunktionsmodus (für Individuen und Gruppen)
- den Modus der wechselseitigen Abhängigkeit bzw. Interdependenz (gilt für Individuen wie für Gruppen (Roy/Andrews 1999: 99, Roy 2009: 89)).

In diesen Modi drücken sich die Reaktionen und Handlungen des Menschen aus. Roy geht davon aus, dass die Copingmechanismen in Relation zu den Modi stehen, wobei diese als Effektoren und weniger als Mittel der Adaptation fungieren. Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse wird unterstellt, dass der Regulator sich hauptsächlich auf die physiologischen Erfordernisse im physiologischen Modus bezieht, die Sinne anspricht und Funktionen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts sowie neurologische und endokrine Funktionen in Gang setzt. Die vom Cognator initiierten Prozesse und Copingmechanismen schlagen sich dagegen in allen Modi nieder. Des Weiteren können den einzelnen Modi spezifische Verarbeitungswege und -systeme sowie spezifische Cognator-

¹³ Im Laufe der Entwicklung ihres Modells erweitern Roy und MitarbeiterInnen das ursprüngliche Konzept immer wieder um neue Einsichten aus den verschiedenen Bezugswissenschaften, aus dem Bereich der Philosophie sowie der Pflegeforschung, um der Komplexität des menschlichen Lebens und der pflegerischen Phänomene gerecht zu werden (zusammenfassend Fawcett 2005: 368ff).

prozesse zugeordnet werden (s. Roy/McLeod 1981: 67). Die erwähnten Modi - bis auf den Selbstkonzept-Modus - sollen kurz beschrieben werden, bevor auf letzteren ausführlicher eingegangen wird.

6.2.1 DER PHYSIOLOGISCHE –PHYSISCHE MODUS

Dieser Modus beschreibt, wie der Mensch als physisches Wesen auf Reize seiner inneren und äußeren Umwelt reagiert. Die Reaktionen und Handlungen des Menschen manifestieren sich hier in Form physiologischer Aktivitäten auf der zellularen Ebene, auf der des Gewebes, der Organe, der Organsysteme des Körpers und des Körpers insgesamt. Die in diesem Modus ablaufenden Copingmechanismen stehen in Zusammenhang mit der physiologischen Funktionsfähigkeit des Menschen. Die hier erzeugten Reaktionen können als physiologisches Verhalten (z.B. Reflexe) im weitesten Sinn verstanden werden. Roy unterscheidet fünf physiologische Erfordernisse in Bezug auf die *physiologische Integrität*:

- Atmung/Sauerstoffaustausch (Oxygenation)
- Ernährung
- Ausscheidung
- Aktivität und Ruhe
- Schutz/Sicherheit.

Weiter werden in diesem Modus die auf den Regulator einwirkenden komplexen Prozesse der *Sinneswahrnehmung*, des *Flüssigkeits- und Elektrolyt-* sowie Säure-Basen-Haushalts und der *neurologischen sowie endokrinen Funktionen* berücksichtigt. Letztere können als vermittelnde regulative Aktivitäten gesehen werden, die viele physiologische Funktionen des Menschen umfassen (s. Roy/Andrews 1991:16, 1999: 102f, Roy 2009: 89f). Mit Blick auf soziale Gruppen geht es in diesem Modus vor allem um die Funktionsfähigkeit einer Gruppe als adaptives System. Hierbei greift die Gruppe auf die Fähigkeiten der einzelnen Gruppenmitglieder als wesentliche Ressource zurück, auf physische Ressourcen wie Gebäude, Einrichtungen, Technologien und nicht zuletzt auch auf entsprechende Finanzmittel, um als Ganzes fortbestehen zu können (s. Roy/Andrews 1999: 49, 104f, Roy 2009: 91f).

6.2.2 DER ROLLENFUNKTIONSMODUS

Der Rollenfunktionsmodus konzentriert sich auf die Rollen, die ein Mensch in einer Gesellschaft einnimmt. Unter einer Rolle wird ein Satz von Erwartungen verstanden, wie sich ein Mensch in einer bestimmten Position gegenüber anderen Menschen in anderen Positionen verhält bzw. verhalten sollte. Es geht hier um die *soziale Integrität* des Menschen. Dieser hat das Bedürfnis zu wissen, wer er im Verhältnis zu anderen Menschen ist. In diesem Zusammenhang unterscheiden Roy/Andrews (1999: 110) zwischen primären, sekundären und tertiären Rollen. Mit jeder dieser Rollen werden sowohl instrumentelle als auch expressive Verhaltensweisen assoziiert, deren jeweilige Einschätzung die soziale Adaptation im Verhältnis zur Rollenfunktion anzeigt. Am Beispiel der Rolle der Mutter als sekundäre Rolle beschreiben Roy/Andrews (1991: 16), dass sie das Eingehen der Mutter auf die physischen Bedürfnisse ihres Babys als instrumentelles Handeln charakterisieren, wohingegen sie das Tragen und Liebkosen des Babys als expressives Handeln auffassen. Der Art und Weise, wie ein Mensch die mit den verschiedenen Rollen verbundenen Erwartungen erfüllt, kann die Pflegekraft Hinweise auf die Rollenfunktion entnehmen. Bei der Einschätzung geht es darum herauszufinden, wie gut die Rollen ausgeübt werden und wie befriedigend diese sind (s. auch Roy 1987: 40).

Die in einer sozialen Gruppe von den Einzelnen wahrgenommenen Rollen sind das Medium für die Erreichung der von der Gruppe angestrebten Ziele. Sie verweisen auf den Auftrag einer Gruppe, auf die damit einhergehenden Aufgaben einschließlich der Arbeitsteilung. Damit die jeweilige Gruppe (Familie, Organisation, Gesellschaft) funktionieren kann, müssen die Rollen der Einzelnen und das Verhältnis der Rollen in Bezug auf den Auftrag der Gruppe klar und eindeutig sein, so dass diese verstanden und wahrgenommen werden können und sich der Einzelne ihnen verpflichtet fühlt (Roy/Andrews 1999: 50, 109ff, Roy 2009: 98).

6.2.3 DER MODUS DER WECHSELSEITIGEN ABHÄNGIGKEIT BZW. INTERDEPENDENZ

Dieser Modus fokussiert auf die Interaktionen und interpersonalen Beziehungen zwischen Menschen. Auf der personalen Ebene geht es um die Fähigkeit und Bereitschaft zum gegenseitigen Geben und Nehmen, um die Fähigkeit andere zu lieben sowie darum, Liebe und Zuneigung anzunehmen, um den respektvollen Umgang miteinander und um die gegenseitige Wertschätzung. Das Angewiesensein der Menschen aufeinander kommt in den Begriffen Abhängigkeit/Unabhängigkeit deutlich zum Ausdruck. Das diesem Modus zugrundeliegende Bedürfnis bezeichnen Roy/Andrews (1991: 17) mit dem Begriff der affektionalen Angemessenheit (Adäquatheit). In ihrer neuesten Veröffentlichung sprechen sie hingegen von *relationaler Integrität* und dem *Gefühl der Sicherheit* in zwischenmenschlichen Beziehungen. Dieses grundlegende Bedürfnis/Erfordernis wiederum besteht aus drei Aspekten: der affektionalen Angemessenheit, der Angemessenheit der Entwicklung sowie der Angemessenheit von Ressourcen (s. Roy/Andrews 1999: 50, 111f, Roy 2009: 100). Zwei Formen von Beziehungen stehen im Zentrum dieses Modus:

- Beziehungen zu ‚*signifikanten Anderen*‘, also zu jenen Menschen, die für den Betreffenden wichtig sind
- Beziehungen im Sinne von ‚*Support-Netzwerken*‘, auf die der Mensch zurückgreifen kann und die dazu beitragen, dass dem wechselseitigen Bedürfnis nach Verbundenheit entsprochen wird (Roy/Andrews 1999: 112).

Die interpersonalen und sozialen Fähigkeiten eines Menschen kommen in den Handlungsmustern in den verschiedenen zwischenmenschlichen Beziehungen zum Tragen. Aus ihnen kann auf die Entwicklung dieses Menschen und auf den Einfluss interpersonaler Beziehungen sowie auf die Entwicklung seines Selbstkonzepts geschlossen werden (s. Roy 1987: 41). Roy/Andrews sehen zwei Möglichkeiten des Handelns, die des rezeptiven und die des besteuernden bzw. gebenden Handelns (s. auch Roy 2009: 101).

Bezüglich sozialer Gruppen verweist dieser Modus auf den sozialen Kontext, innerhalb dessen die jeweiligen Gruppen wirken sowie auf die formellen und informellen Beziehungen der Gruppenmitglieder untereinander. Er umfasst drei aufeinander bezogene Komponenten: den *Kontext*, die *Infrastruktur* und die *Ressourcen* einer Gruppe. Zusammengefasst kann aus dem Insgesamt des Handelns eines Menschen, des beobachtbaren und des mitgeteilten, im Verhältnis zu den vier adaptiven Modi geschlussfolgert werden, ob das Handeln eines Menschen in Bezug auf die Anforderungen der internen und externen Umwelt als adaptiv bezeichnet werden kann. Das Zusammenspiel von Regulator und Cognator wird über den Prozess der Wahrnehmung gesteuert. Die Wahrnehmung als solche beeinflusst körperliche Reaktionen und wird von diesen beeinflusst. Zudem wird die Wahrnehmung von sozialen und kulturellen Faktoren geprägt sowie von den Erfahrungen der Menschen. Die für den Einzelnen gegebene Notwendigkeit, seine Aktivitäten kontinuierlich mit seinen Idealvorstellungen abzugleichen, führt nach Roy zu den schon erwähnten Prozessen der selektiven Wahrnehmung, der Kodierung und Speicherung von Erfahrungen¹⁴. Dieser Zusammenhang, d.h. die vier Adaptationsmodi und die hier ablaufenden Copingprozesse werden in Abbildung 6.4 dargestellt:

¹⁴ Bunting (1988: 173) kritisiert Roys Vorstellung zur Wahrnehmung. Danach erscheint der Mensch in der Royschen Vorstellung als ein eher passives Wesen, das Sinneseindrücke als Stimuli eher im Sinne einer passiven Reaktion verarbeitet, indem jenen eine Bedeutung zugeschrieben wird. Diese Kritik ist m. E. nicht haltbar. In den verschiedenen Arbeiten unterstreicht Roy immer wieder, dass der Mensch ein aktives Wesen ist und dass er aktiv auf seine Fähigkeiten, mit Umwelтанforderungen umzugehen, Einfluss nehmen und so seine Handlungsmöglichkeiten erweitern kann (s. auch Tiedeman 1996: 167).

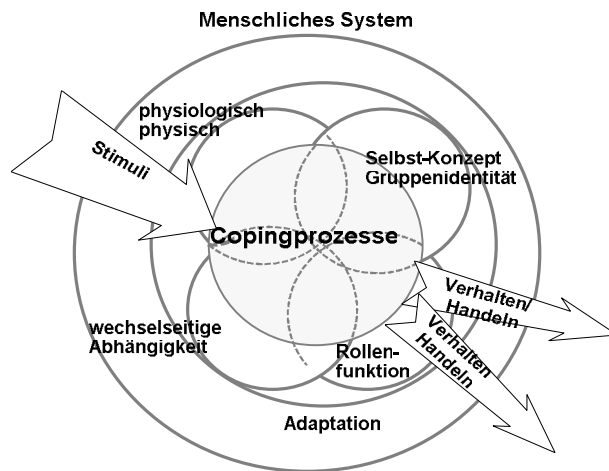


Abb. 6.4: graphische Darstellung des menschlichen adaptiven Systems nach Roy/Andrews (1999: 50).

6.3 SELBSTKONZEPT-MODUS UND DIE BEZIEHUNG ZU DEN ANDEREN ADAPTATIONSMODI

Im Folgenden sollen der Selbstkonzept-Modus und die mit ihm zusammenhängenden Dimensionen sowie die Beziehungen dargestellt werden, in welchen dieser Modus zu den drei oben beschriebenen Modi steht, und wie er sich auf das adaptive Handeln in diesem und in den anderen Modi auswirkt. Die Darstellung erfolgt wie bei Roy entlang der sechs Schritte des Pflegeprozesses, um an ihnen die Umsetzung des Modells in der Pflege zu erläutern.

Der Selbstkonzept-Modus ist einer der drei psychosozialen Modi, die den personalen Aspekt des menschlichen Systems umfassen. In dessen Mittelpunkt stehen insbesondere die psychologischen und spirituellen Aspekte des menschlichen Seins. Das Streben nach *psychischer* und *spiritueller Integrität* (Roy/Andrews 1999: 384; Roy 2009: 322) und deren Aufrechterhaltung ist ein dem Selbstkonzept-Modus zugrundeliegendes Erfordernis bzw. dessen Funktion. Der Mensch ist darauf angewiesen zu wissen, wer er ist. Dieses Wissen gibt ihm das Gefühl der Einheit mit sich selbst, was für sein Existieren unerlässlich ist. Mittels des Prozesses der Adaptation strebt der Mensch psychische und spirituelle Integrität an. Nach Roy können Adaptationsprobleme in diesem Bereich die Heilungsfähigkeiten des Menschen sowie jene Fähigkeiten beeinträchtigen, die notwendig sind, um Gesundheit zu erhalten und gesund zu bleiben. Aus diesem Grund sollten Pflegekräfte Kenntnisse über diesen Modus haben, um die das Selbstkonzept beeinflussenden Reaktionen, Handlungsweisen und Stimuli des zu pflegenden Menschen einschätzen zu können (s. Andrews 1991: 267).

Das Selbstkonzept¹⁵ wird als eine Komposition der Überzeugungen und Gefühle definiert, die ein Mensch in Bezug auf sich selbst zu einem bestimmten Zeitpunkt hat. Es wird als ein *handlungsleitendes System* betrachtet, in dem Regulator und Cognator als Subsysteme fungieren, die die Adaptation fördern. In den verschiedenen Theorien zum Selbst werden jeweils unterschiedliche Aspekte des Selbst betont und in den Vordergrund gestellt. wobei sie laut Roy (1981: 250) darin übereinstimmen, dass das Selbstkonzept als Ganzes oder als System strukturell

¹⁵ Erste Ideen zu diesem Modus basieren auf einer Arbeit von Marie J. Drieveer (1976 a,b,c), deren Erkenntnisse in das Roy-sche Adaptationsmodell eingeflossen sind. Drieveer (1976b: 180ff) geht davon aus, dass der Mensch gewisse Entwicklungsaufgaben in seinem Leben zu bewältigen hat. Mit Bezug auf das Selbst muss er den Umgang mit den unterschiedlichsten Werkzeugen erlernen und lernen, mit sich selbst, aber auch mit anderen Menschen zu leben. Drieveer lehnt sich stark an die acht Entwicklungsphasen von Erikson (1963) an. Weiter behauptet sie, dass sich das Selbstkonzept aus den inneren Wahrnehmungen und aus der Wahrnehmung der Reaktionen anderer zu einem gegebenen Zeitpunkt bildet. Ihre Arbeiten (1976 a, b, c) bilden den Ausgangspunkt für den Selbstkonzept-Modus. Die vorläufige Fassung wurde im Laufe der Zeit um weitere Erkenntnisse der verschiedensten Theorien zum Selbst ergänzt. Diese betonten unterschiedliche Aspekte des Selbst. Roy (in Roy 1981, Andrews 1991, Roy/Andrews 1999, Roy 2009) bezieht sich auf Coombs/Snygg (1959), auf Cooley (1964) und in der Nachfolge auf Epstein (1973); auf Mead (1934), Sullivan (1953), Jackins (1974), Kübler-Ross (1969), Piaget (1954), Markus (1977), Markus/ Wurf (1987) u.a.m.

wiederum aus Teilsystemen besteht, die miteinander in Beziehung stehen. Im RAM wird das Selbstkonzept mit Blick auf das Individuum in die Teilsysteme *physisches Selbst* und *personales Selbst* untergliedert. Beim physischen Selbst wiederum werden zwei Teilaspekte, *Körpersensationen* und *Körperbild*, unterschieden. Mit dem Begriff der Körpersensation wird die Fähigkeit des Menschen bezeichnet, seinen eigenen Körper und Teile desselben sinnlich wahrzunehmen, zu spüren und zu erfahren. Äußerungen wie z.B. ‚ich fühle mich gut‘, ‚schwindelig‘, ‚krank‘, ‚ich bin so schlapp‘, geben Hinweise darauf, wie der Mensch seinen Körper gegenwärtig wahrnimmt. Das Körperbild hingegen ist das Bild, welches sich der Mensch von seinem eigenen Körper, seiner Erscheinung und seiner Wirkung auf andere macht. Aus Aussagen wie ‚ich bin eine attraktive Frau‘ können Schlussfolgerungen auf das Körperbild gezogen werden. Beides, Körpersensation und Körperbild, ist für die Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst, mit anderen und mit der Umwelt von elementarer Bedeutung.

Beim personalen Selbst werden drei Teilaspekte differenziert (s. Abbildung 6.5). Diese werden als Subsysteme des personalen Selbst betrachtet. Es handelt sich um die *Selbstkonsistenz*, das *Selbstideal* und das *moralisch-ethisch-spirituelle Selbst*¹⁶ (s. Andrews 1991: 271, Roy/Andrews 1999: 379, Roy 2009: 323f).

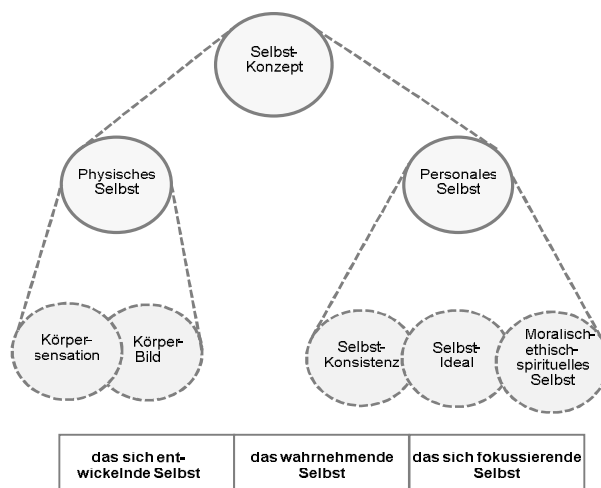


Abb. 6.5: Die Teilaspekte bzw. Subsysteme des Selbstkonzept-Modus nach Roy (2009: 324)

Der Begriff Selbstkonsistenz lehnt sich an die Arbeit der Phänomenologen Coombs/Snygg sowie an die von Lecky an. Sie verstehen hierunter das Bestreben des Menschen, seine Selbstorganisation aufrechtzuerhalten und ein Ungleichgewicht zu vermeiden. Dies bedeutet, dass die verschiedensten Ideen oder auch Vorstellungen des Menschen in Bezug auf sich selbst von ihm so verarbeitet werden, dass sie zueinander passen und für ihn ein stimmiges Ganzes ergeben. Ob dies der Fall ist, kann ein anderer Mensch aus den Reaktionen und den entsprechenden Verhaltensweisen des Menschen in der jeweiligen Situation, z.B. bei einer bevorstehenden Operation ablesen, wenn der Patient etwa sagt, dass er keine Angst habe, aber gleichzeitig verkrampft im Bett liegt. Der Begriff des ‚Selbstideals‘ verkörpert alle Reaktionen und Handlungsweisen des Menschen, die angeben, wie der betreffende Mensch gerne sein möchte oder was er glaubt, leisten zu können. Über seine Äußerungen gibt der jeweilige Mensch entsprechende Hinweise. Der letzte Aspekt des personalen Systems, das ‚moralisch-ethisch-spirituelle-Selbst‘, umfasst das Wertesystem des einzelnen Menschen. Es beschreibt, wie der Mensch seine Reaktionen, seine Verhaltensweisen und sein Handeln bewertet (Andrews 1991: 271). Auch dieses teilt der Mensch in der Regel anderen Menschen verbal oder nonverbal mit.

Ihre Vorstellung vom Selbstkonzept als handlungsleitendes System hat Roy erstmals in dem mit Roberts 1981 gemeinsam herausgegebenen Buch *‚Theory Construction in Nursing: An Adaptation Model‘* beschrieben. Bei

¹⁶ Im ersten Buch zum Modell (Roy 1976) beschrieb Marie Driever (1976 b) den Selbstwert als einen Aspekt. Er wird von Roy 1981 noch erwähnt, 1991 und 1999 wird er den anderen drei Aspekten zugeordnet.

der Beschreibung der Beziehungen der einzelnen Teilsysteme zueinander definiert sie das Selbstkonzept als *eine Kraft*, die das System am Laufen hält. Diese Energie äußert sich im menschlichen Streben nach Angemessenheit, bei dem gewisse Prozesse des Cognators aktiviert werden, insbesondere Prozesse der Verarbeitung von Informationen und Emotionen. Um sich selbst als kompetent handelnden Menschen wahrzunehmen, greift der Mensch auf die Fähigkeit der selektiven Wahrnehmung, der Kodierung und auf sein Gedächtnis zurück. Zugleich werden Abwehrmechanismen in Gang gesetzt, um sich einerseits zu entlasten und um sich andererseits eine wirkungsvolle Beurteilung sowie die Zuneigung anderer zu verschaffen. In seinem Streben nach Angemessenheit setzt der Mensch in einer für ihn spezifischen Art und Weise die vom Cognator aus gesteuerten Prozesse in Gang (s. Roy 1981: 250f). In der jüngst erschienenen 3. Auflage des RAM beschreibt Roy (2009: 325) drei grundlegende Prozesse des Selbstkonzept-Modus. Hierbei handelt es sich um das sich entwickelnde Selbst, das sich wahrnehmende Selbst und das fokussierende Selbst.

Was den ersten dieser Prozesse betrifft, begreift Roy die Entwicklung des Selbst in Anlehnung an die von ihr zitierten Entwicklungstheorien (Freud, Erikson, Piaget, Neugarten u.a.) als einen in Phasen ablaufenden Prozess. Dieser beginnt mit der Geburt und erfolgt auf der Basis der physischen, kognitiven und moralischen Entwicklung sowie aufgrund der Reaktionen anderer in Bezug auf das Selbst. Die Erfahrungen der Menschen werden von diesem in Anlehnung an die Arbeiten von Markus kognitiv in Selbst-Schematas organisiert. Sie beinhalten beide Aspekte des Selbstkonzepts, das physische wie das personale Selbst. Wird das Selbstkonzept hingegen aus der Perspektive von Wahrnehmungsprozessen betrachtet, wird die Bedeutung, die andere Menschen für die Herausbildung des Selbstkonzepts spielen, offensichtlich. So bestätigen Menschen ihr Selbstkonzept in sozialen Interaktionen mit anderen Menschen immer wieder von Neuem. Dieser Aspekt ist besonders im Bereich der Gesundheitsversorgung relevant, da diese in interpersonalen Beziehungen erfolgt. Der Patient erfährt in dieser Beziehung, wie sein Handeln und seine Reaktionen von anderen bewertet werden. Daher sollte eine Pflegekraft laut Roy lernen, wie sie ihr Selbst ‚therapeutisch‘ einsetzen kann, damit der Pflegeprozess für den zu pflegenden Menschen ein wirksamer ist. Nach Roy besteht eine Anforderung an die Pflegekraft darin, Klarheit über ihr eigenes Selbstkonzept und ein gewisses Verständnis hiervon zu gewinnen. Dies sei von persönlichem wie professionellem Nutzen (s. Roy 2009: 327ff). Der dritte Prozess betrifft die Stabilität des Selbst über die Zeit und damit die Konsistenz, Einheit und Organisation des Selbst. Zur Beschreibung der Gemeinsamkeiten verschiedener Theorien hat Roy den Begriff des ‚fokussierenden Selbst‘ gewählt. Er besagt, dass der Mensch mit seinem physischen und personalen Selbst in spezifischer Weise in Kontakt ist, kurz, dass er sich mit sich selbst im Einklang befindet. Der betreffende Mensch weiß, wer er ist, wo sein Platz in der Gesellschaft ist. Er begreift sich als Teil von allgemeinen (Lebens)-Mustern und sieht sich eingebunden in ein Netz von Beziehungen mit anderen Menschen und mit der Welt. Ein solches Selbst wird durch die gegenwärtigen sozialen Veränderungen herausgefordert, insbesondere was die Mobilität und die durch die ‚Informationsgesellschaft‘¹⁷ hervorgerufenen Veränderungen betrifft (s. Roy (2009: 329f).

Die auf das Selbstkonzept einwirkenden Inputs aus der äußeren und internen Umwelt werden im RAM zwei Kategorien zugeordnet, einem durch Cognator und Regulator erzeugten Input und einem aus sozialen Erfahrungen resultierenden Input. Hier fungieren Cognator und Regulator als Suprasysteme, d.h. sie befinden sich auf einer anderen Systemebene als das Selbstkonzept als Gesamtsystem. Mit Blick auf die erste Kategorie von Inputs sind Sensationen und Kognitionen, die mittels des Regulators und Cognators verarbeitet werden, nach Roy (1981: 251) Inputs für das Selbstkonzept als System. Als Beispiel führt sie eine Situation an, in welcher ein Mensch friert. Die Information ‚frieren‘ wird in Form eines neuronalen Inputs innerhalb des Körpers vom Regulator des betroffenen Menschen registriert und über die regulative Aktivität der Wahrnehmung zu einer Kognition, d.h. zu

¹⁷ Sie erwähnt den Begriff des ‚digitalen Selbst‘. Dieses Selbst unterscheidet sich von einem Selbst in einer face-to-face-Beziehung (s. Roy 2009: 330)

einer Wahrnehmung von etwas, in diesem Fall von einem Zustand, weiterverarbeitet. Diese Kognition wird durch die Leistungen des Cognators, d.h. durch Prozesse des Kodierens von Informationen und des Abrufens von Gedächtnisinformationen weiterverarbeitet und kann so vom betroffenen Menschen mit früheren Erfahrungen in Verbindung gebracht werden. Diese Information erhält das Selbstkonzept als Input und verarbeitet sie im Folgenden weiter, indem der erkannte Zustand des Frierens in Verbindung z.B. mit der Kognition einer aufkommenden Erkrankung dazu führt, dass sich das physische Selbst anders als sonst, nämlich als ‚krank‘ wahrnimmt. Die Verarbeitung einer ausreichenden Anzahl sensorischer und kognitiver Inputs führt schließlich zu einer Änderung des menschlichen Verhaltens und Handelns. In dem o.g. Fall könnte dies dazu führen, dass der Mensch sich ins Bett legt, zum Arzt geht usw.

Die zweite Kategorie von Inputs bezeichnet Roy als soziale Erfahrungen. Diese betreffen vor allem die äußere Umwelt des Menschen und verweisen auf die beiden anderen psychosozialen Adaptationsmodi, den Modus der Rollenfunktion und den der Interdependenz. Nach Roy (1981: 251f) fließen soziale Erfahrungen über Prozesse der Wahrnehmung und des sozialen Lernens in das Selbstkonzept ein. Hierbei kommt den Bezugspersonen im Rahmen der Sozialisation und während des gesamten Lebens eine zentrale Rolle zu, da ihr Verhalten und Handeln die Erfahrungen und die Wahrnehmung des Menschen von sich selbst bedingen. In diesem Kontext wird der Prozess der Rollenübernahme als eine spezifisch menschliche Fähigkeit bedeutsam (s. auch Kap. 3.2.2). Der Erwerb dieser Fähigkeit versetzt den Menschen in die Lage, sich aus der Perspektive anderer bzw. in größeren Zusammenhängen wahrzunehmen, z.B. in sozialen Gruppen. Die durch die soziale Interaktion mit anderen Menschen geprägten Wahrnehmungen und die in diesen Interaktionen gemachten Erfahrungen werden mittels der im Regulator und Cognator ablaufenden Prozesse verarbeitet und als Inputs an das Selbstkonzept weitergegeben, wobei die Inputs sowohl interner als auch externer Art sind. Erfahrungen im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht, zu einer Rasse, Ethnie oder sozialen Schicht sind wichtige Inputs für die Bildung und Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts.

Für das Ergebnis oder den Output des Systems gibt das Streben nach Angemessenheit als treibende Kraft des Selbstkonzept-Modus dem Verhalten und Handeln des Menschen eine Richtung, den Antrieb und die entsprechende Organisation. So gesehen kann das gesamte Verhaltens- und Handlungsrepertoire des Menschen auch als Output oder Ergebnis des Selbstkonzept-Modus verstanden werden. Dieses kommt in der Repräsentation des eigenen Selbst in einer gegebenen Situation zum Ausdruck. Hierunter können alle Lebensäußerungen des Menschen wie z.B. sein Handeln, seine Erscheinung, seine Wahrnehmung sozialer Rollen, sein Körperausdruck etc. gefasst werden. Nach Roy (1981: 252) hängt die Präsentation des Selbst vom Input des Selbstkonzepts ab. Sie steht in einem direkten Zusammenhang mit den Dynamismen der Suche nach Angemessenheit. Neben diesem kommt als zweiter grundlegender Mechanismus das Feedback ins Spiel, über den die Ergebnisse kontrolliert werden. Der betroffene Mensch vergleicht sein Verhalten, sein Handeln und dessen Ergebnis mit seinen Idealvorstellungen. Abweichungen vom Soll- und Istzustand führen über das Feedback solange zur Korrektur, bis das Handeln an die Idealvorstellungen heranreicht. Mit Hilfe dieser beiden Mechanismen hält das Selbstkonzept als System sein Gleichgewicht aufrecht (s. Roy/Andrews 1999: 383f).

Die regulativen Mechanismen und Kontrollmechanismen sind nach Roy (1981: 253) vor allem auf Cognatorprozesse bezogen. Nach Roy erfüllt das Selbstkonzept als System zwei miteinander zusammenhängende grundlegende Funktionen bzw. Erfordernisse:

1. das Erfordernis der psychischen Integrität
2. die Förderung der Adaptation des ganzen Menschen.

Die erste Funktion bewältigt das Selbstkonzept als System, indem der Mensch Ablehnung und Angst zu vermeiden sucht. Durch die spezifische Art und Weise, wie das Selbstkonzept Wahrnehmungen und Erfahrungen aufnimmt und verarbeitet, versucht der Mensch, dem Erfordernis nach psychischer Integrität zu entsprechen und

Angst, so weit es geht, zu vermeiden. Die zweite Funktion des Systems, die Förderung der Adaptation, ergibt sich logischerweise aus der Sicht des Menschen als adaptives System und der durch die Subsysteme des Regulators und Cognators in den vier Adaptationsmodi in Gang gesetzten Prozesse. Die Adaptation in Bezug auf das Selbstkonzept zeigt sich in der spezifischen Art der Informationsverarbeitung und Verarbeitung von Erfahrungen aller Art. Sie ist eine positive Reaktion oder Antwort auf Stimuli aus der äußeren und internen Umwelt. Ein positives Selbstkonzept wird in vielen Theorien als Voraussetzung für psychische Gesundheit und menschliches Wohlbefinden oder Glück gesehen. Der Mensch ist offenbar auf ein gewisses Maß an ‚Selbstliebe‘ angewiesen, damit das Selbstkonzept den o.g. Funktionen bzw. menschlichen Erfordernissen entsprechen kann (s. Roy 1981: 254). Somit ist die Wahrnehmung des eigenen Selbst bei allem, was der Mensch tut, also bei Erfahrungen jeglicher Art von zentraler Bedeutung. Im Selbstkonzept-Modus manifestieren sich die Reaktionen und das gesamte Handlungsspektrum des Menschen sowie das Adaptationsniveau im Verhältnis zu dem, was der Mensch in Bezug auf sich selbst glaubt und fühlt (s. Roy 1981: 248, Andrews 1991: 270; Roy/Andrews 1999: 382f). Die verschiedenen Aspekte des Selbstkonzepts zielen in ihrer Gesamtheit auf die Beantwortung der Frage: Wer bin ich? Die Klärung dieser Frage dient der psychischen Integrität, deren Aufrechterhaltung das Ziel von Adaptationsprozessen und Aufgabe des Selbstkonzepts ist. Das Selbstwertgefühl, d.h. die Wahrnehmung des eigenen Werts - so Andrews (1991: 271f) - ist inhärenter Bestandteil der einzelnen Teilaspekte des Selbstkonzepts. Die eigene Selbstwertschätzung stellt eine Reflexion des Selbstkonzepts dar. Die daraus resultierenden Verhaltensweisen erlauben einen Einblick bezüglich der Adaptation innerhalb des Selbstkonzept-Modus.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle die Gruppenidentität genannt. Dieser Aspekt ist für die Pflege wichtig, da pflegerisches Handeln, sei es das auf andere Menschen oder auf sich selbst bezogene professionelle oder nichtprofessionelle pflegerische Handeln im Kontext der Familie, des sozialen Bezugssystems oder Netzwerks und des gesellschaftlichen Zusammenhangs gesehen werden muss. Roy (2009: 433ff) thematisiert diesen Modus insbesondere in Hinblick auf Gruppen und auf Familien. Was die Möglichkeiten der professionellen Pflege betrifft, können im Gruppenidentitätsmodus das Stationsteam, das interdisziplinäre Team, der Pflegedienst als Ganzes oder das Krankenhaus als Ganzes wichtige Referenzpunkte für adaptive Prozesse sein. Die von Roy betrachteten Aspekte gehen aus der Abbildung 6.6 hervor.

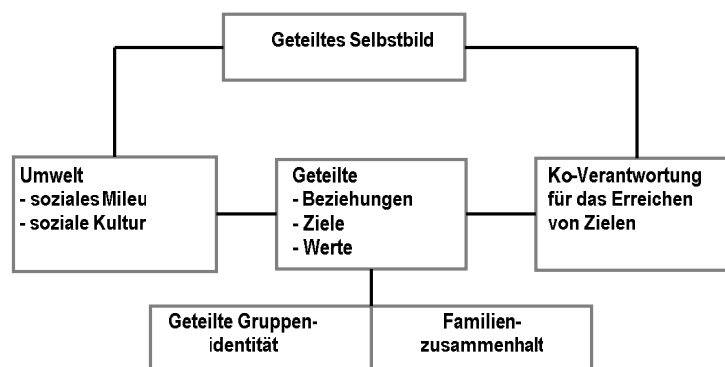


Abb. 6.6: theoretische Basis des Modus der Gruppenidentität (Roy 2009: 434)

Die fünf Teilaspekte des Selbstkonzepts bieten einer Pflegekraft einen Orientierungsrahmen zur Erfassung des menschlichen Verhaltens und Handelns, über das die psychische und spirituelle Integrität eingeschätzt werden kann. Das Verhalten und Handeln eines Menschen zeigt sich in den ihm zur Verfügung stehenden Ausdrucksformen wie z.B. Trauer, im Körperausdruck, in den sprachlichen Äußerungen oder in seinem Handeln. Die Pflegekraft muss, wenn sie eine Einschätzung in diesem sehr intimen und persönlichen Bereich vornehmen will, die Voraussetzungen dafür schaffen, dass sich der Mensch ihr gegenüber öffnet, sich ihr anvertraut und bereit ist, ihr seine Gefühle in Bezug auf sich selbst mitzuteilen. Dies stellt gewisse Anforderungen an die Pflegekraft und an ihre Beziehung zu einem Patienten. Wie schon erwähnt, sollte die Pflegekraft ein gewisses Verständnis ihres ei-

genen Selbstkonzepts haben und wissen, was sie damit verbindet und welche Gefühle bestimmte Erfahrungen bei ihr hervorrufen (s. Roy/Andrews 1999: 387).

Bevor die einzelnen Teilsysteme des Selbstkonzepts näher beschrieben werden, soll die pflegebezogene Anwendung des Selbstkonzepts als Adaptationsmodus anhand der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses zusammenfassend dargestellt werden.

6.3.1 SELBSTKONZEPT-MODUS UND PFLEGEPROZESS

Der erste Schritt, die Einschätzung, erfolgt entlang der Dimensionen des physischen und des personalen Selbst. Wenn die Pflegekraft sich hierüber mittels entsprechender Fragen, z.B. „Wie fühlen Sie sich?“ (Aspekt Körpergefühl) einen Eindruck verschafft hat, schätzt sie in einem zweiten Schritt die Stimuli ein. Roy/Andrews haben sechs allgemeine Stimuli identifiziert, die auf die verschiedenen Dimensionen des Selbstkonzepts, das physische und personale Selbst, einwirken:

1. *Wachstum und Entwicklung*
2. *Lernen*
3. *Reaktionen von Anderen*
4. *Wahrnehmung*
5. *Entwicklungs- oder Reifekrisen*
6. *Copingstrategien* (s. Andrews 1991: 274f)

Diese Liste ist nicht vollständig. Vielmehr geht Roy davon aus, dass weitere Stimuli Einfluss auf das Selbstkonzept haben. Die von ihr genannten Stimuli werden in ihrer Konzeption des Selbstkonzepts als Adaptationsmodus näher ausgearbeitet¹⁸. Sie ist der Auffassung, dass Pflegekräfte über theoretische Kenntnisse in Bezug auf die von ihr genannten Stimuli verfügen sollten, damit sie im zweiten Schritt des Pflegeprozesses die Wirkungen der Stimuli auf die beiden Teilsysteme des Selbstkonzepts und auf das Gesamtsystem einschätzen können. Mit Blick auf die Aufrechterhaltung der psychischen Integrität, geht es darum festzustellen, ob die Stimuli einen positiven Einfluss auf den Menschen haben und eine positive Adaptation fördern oder eher einen negativen Einfluss ausüben und zu einer ineffektiven Adaptation führen. In der letzten Auflage (Roy 2009: 325ff) bilden die oben genannten drei grundlegenden Lebensprozesse dieses Adaptationsmodus - das sich entwickelnde Selbst, wahrnehmende Selbst und das sich fokussierende Selbst -, den Ausgangspunkt für die Einschätzung des in diesem Modus bestehenden Adaptationsniveaus. Die o.g. Stimuli werden um weitere ergänzt (s. auch Tabelle 6.3). Beim Selbstkonzept-Gruppenidentitäts-Modus können eine Vielzahl von kompensierenden Prozessen beobachtet werden. Diese geben erste Hinweise auf die Funktionsweise adaptativer Prozesse. Auf individueller Ebene beschreiben Roy/Andrews beispielhaft für diesen Modus den Trauerprozess und das Phänomen der kognitiven Dissonanz, während sie in Bezug auf Gruppen den Prozess des Zusammenhalts der Gemeinschaft/der Gruppe und den Prozess einer zu überwindenden Krise („transcending crisis“) wählen. Ein gefährdetes Adaptationsniveau diskutieren sie auf der individuellen Ebene am Beispiel der sexuellen Dysfunktion sowie der Angst und auf der Gruppenebene am Beispiel einer geringen Moral und der Outgroup-Stereotypisierung (s. Roy/Andrews 1999: 406ff, Roy 2009: 331ff, 442ff).

Bei der schrittweise erfolgenden Einschätzung werden die gewonnenen Daten miteinander in Beziehung gesetzt. Aus dem Gesamtbild wird dann eine Pflegediagnose abgeleitet. Die Bezeichnung kann in Form der Identifikation adaptiver oder ineffektiver Verhaltensweisen in Bezug auf einen spezifischen Stimulus erfolgen, etwa in folgender Form:

„Negative Bemerkungen über sich selbst im Zusammenhang mit der Reaktion ihrer Schwester und in Bezug auf ihr zwanghaftes Essverhalten“ (Andrews 1991: 276).

¹⁸ Hierbei beziehen sie sich auf entsprechende Theorien (z.B. Coombs/Snygg, Mead, Sullivan, Erickson, Havinghurst).

Andrews hebt hervor, dass pflegerische Diagnosen in diesem Bereich einen engen Bezug zum Grad der Selbstwertschätzung des jeweiligen Menschen haben können. Des Weiteren weist sie auf ein wichtiges Konzept der Adaptation in Bezug auf das physische Selbstkonzept hin, auf das Konzept des Lebensabschlusses. Dieses wird im RAM als normaler Teil des Lebenszyklus betrachtet und als Prozess, in dem der Mensch die für ihn wichtigen Fragen seines Lebens klärt und die Realität des möglichen eigenen Todes akzeptiert.

Ziele können dem RAM zufolge in diesem Bereich nur gemeinsam mit dem bzw. den betroffenen Menschen entwickelt werden. Der Fokus zielt auf eine Änderung des Verhaltens/ Handelns des Betroffenen im Sinne einer positiven Adaptation. In diesem Zusammenhang muss gesehen werden, dass die in diesem Modus anzugehenden Themen oder Probleme einschließlich der mit ihnen verbundenen Verhaltensweisen und Handlungen auf individueller wie auf Gruppenebene von lang anhaltender sowie von akuter Art sein können. Was ersteren Fall betrifft, haben sie sich über die Zeit herausgebildet und zu ‚Gewohnheiten‘ verfestigt. Diese können adaptiv sein oder auch nicht. Es können aber auch Handlungsweisen beobachtet werden, die sich in einer gegebenen Situation herausbilden. Dies muss bei der Zielsetzung berücksichtigt werden. Die angestrebte Verhaltensänderung in einem umschriebenen Zeitrahmen ist nur auf der Basis der Einbeziehung des zu pflegenden Menschen/der Gruppe möglich. Das verlangt der Pflegekraft entsprechende Fähigkeiten ab, um eine ‚sichere Umgebung‘ herzustellen, die es dem Patienten ermöglicht, über sich selbst zu sprechen (s. Roy/Andrews. 1999: 396; Roy 2009: 351). Die Pflegekraft muss mit den Situationen umgehen können und sie unter Kontrolle haben. Die Pflege konzentriert sich in Bezug auf das Selbstkonzept darauf, den Menschen durch geeignete pflegerische Maßnahmen dabei zu unterstützen, eine psychische und spirituelle Integrität zu erlangen oder zu bewahren, was nach Roy der Schlüssel dafür ist, wie die Pflegekraft den jeweiligen Menschen bei der Bewältigung einer ineffektiven Adaptation im Rollenfunktions- und Interdependenz-Modus unterstützt. Adaptationsprobleme im Selbstkonzept-Modus müssen u.U. zuerst angegangen und gelöst werden, bevor eine Adaptation in den anderen Modi effektiv erfolgen kann. Die genaue Einschätzung der einzelnen Dimensionen der Teilsysteme des Selbstkonzepts hilft der Pflegekraft, gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen realistische Ziele zu formulieren. Die Kenntnis des Selbstkonzept-Modus und der mit ihm verbundenen Theorien leitet die Pflegekraft bei der Zielformulierung (Andrews 1991: 276; Roy/Andrews 1999: 416ff). Die Pflegekraft versucht die Ziele mittels geeigneter pflegerischer Interventionen zu erreichen. Hierbei konzentriert sie sich auf die Stimuli, die *verändert, erhöht, gesenkt, beseitigt oder z.B. gefördert und aufrechterhalten werden*, wenn sie einen positiven Effekt auf den Menschen haben. Stimuli, die mit einem negativen Einfluss verbunden sind, sollten dagegen verändert und wenn möglich beseitigt werden. Der letzte Schritt des Pflegeprozesses, die Evaluation, beinhaltet eine Einschätzung des Verhaltens/Handelns des zu pflegenden Menschen, um festzustellen, ob die Ziele erreicht worden sind. Anzumerken ist, dass Roy keinen linearen Prozess unterstellt. Die Tabelle 6.3 fasst die Schritte des Pflegeprozesses und die im Fokus stehenden Aspekte zusammen.

Tab. 6.3: Schritte des Pflegeprozesses nach (Andrews 1991: 274, Roy 2009: 55ff, 337ff, 449ff)

1. Schritt	2. Schritt	3. Schritt	4. Schritt	5. Schritt	6. Schritt
Einschätzen des Verhaltens/ Handelns	Einschätzen der Stimuli	Pflegediagnose	Zielsetzung	Intervention	Evaluation
Körpersensation Körperbild Selbst-Konsistenz Selbst-Ideal Moralisch-ethisch-spirituelles Selbst	physische Entwicklung Kognitive + moralische Entwicklung Entwicklungskrisen <i>Interaktionen + Transaktionen zwischen Mensch/ Umwelt</i> Selbst-Schemata <i>Wert von Selbstattributen und Selbstwert</i> Wahrnehmung des Selbstbewusstseins Copingstrategien + -fähigkeiten <i>Streben nach Einheit oder Integrität</i> <i>Bewusstsein von der eigenen Person und der Bedeutung der Umwelt</i>	Adaptive und ineffektive Verhaltens-/ Handlungsweisen in Bezug auf die Stimuli Niveau der Selbstwertschätzung allgemeine Adaptationsprobleme	Spezifisches Verhalten/ Handeln Angestrebte/r Wandel bzw. Veränderung Zeitrahmen	Identifizierte mögliche Handlungsansätze Wahrscheinlichkeit des eingeschätzten Erfolgs pro Ansatz aufgrund der Bewertung der mit einem Ansatz einhergehenden Konsequenzen (wünschenswert/nicht wünschenswert) ausgewählter umzusetzender Ansatz	Einschätzen, ob die zuvor festgelegten Verhaltens/ Handlungsziele erreicht worden sind
Gruppenidentität • Gruppe • Familie	Wahrnehmung der Gruppen- grenzen Denk- und Gefühlsorientierung Ziele + Werte Anforderungen + Distanz Externe soziale Umwelt Führung + Verantwortung				

6.3.2 ZUM PHYSISCHEN SELBST UND DEN DIMENSIONEN DES PHYSISCHEN SELBST

Im Folgenden sollen die von Roy und Mitarbeiterinnen herausgearbeiteten Dimensionen des physischen Selbst im Sinne einer positiven oder ineffektiven Adaptation beschrieben werden, und wie hierauf im Rahmen des Pflegeprozesses Einfluss genommen werden kann. Im RAM wird das physische Selbst definiert als

„die Beurteilung des Menschen in Hinblick auf seine eigenen physischen Attribute der Erscheinung, des Funktionierens, der Sensationen, der Sexualität und des Wohlbefindens-/Krankheitszustands“ (Buck 1991a: 282).

Die Dimension der körperlichen Sensationen gibt Auskunft darüber, wie der Mensch seinen Körper wahrnimmt, sich spürt und fühlt, wohingegen die Dimension des Körperbilds Hinweise darauf liefert, wie der Mensch sich selbst sieht, wie er seine Erscheinung und die Funktionsweise seines Körpers wahrnimmt. Die körperlichen Sensationen wie auch das Körperbild bilden sich im Laufe des Lebens aus. Erste Eindrücke von seinem Körper und der Welt erfährt der Mensch auf physische Weise mittels körperlicher Sensationen etwa in Form der Berührung durch die Eltern. Im Laufe seines Lebens, bzw. während der einzelnen Lebensphasen ändert sich der Mensch und sieht sich gezwungen, die damit einhergehenden Veränderungen zu integrieren. Hierbei greift er auf frühe Erfahrungen zurück. Diese bestimmen darüber, wie er Entwicklungskrisen meistert. In den ersten Phasen des Lebens legen die Erfahrungen in Bezug auf das physische Selbst die Basis für das Gefühl des Selbst für das spätere Leben. Als Menschen teilen wir alle das geschlechtliche Sein. Buck (1991a: 282) hebt hervor, dass das Phänomen der Sexualität wesentlich mehr umfasst als das sexuelle Geschehen oder die eigentliche Reproduktion. Die Pflegekraft setzt ihr sensitives Wissen, ihre Beobachtungsgabe, ihre Interview-, Einschätzungs- und interpersonalen Fähigkeiten ein, um Verhaltensweisen und Stimuli in jedem Bereich des physischen Selbst einzuschätzen.

Die Berücksichtigung des physischen Selbst ist für eine Förderung von Adaptationen wichtig, da die entsprechenden Probleme im Bereich des Selbstkonzept-Modus und besonders im Bereich des physischen Selbst sich

auf die Heilungsfähigkeiten des Menschen und auf seine Fähigkeit, seine Gesundheit zu erhalten, auswirken können. Die beiden Aspekte des physischen Selbst repräsentieren Verhaltensweisen, die der Pflegekraft Hinweise geben, ob der Patient in der Lage sein wird, sich an die neue Situation anzupassen. Um diese Einschätzung vornehmen zu können, muss die Pflegekraft ein gewisses Verständnis ihres eigenen physischen Selbst, ihres damit zusammenhängenden Körperbilds und ihrer körperlichen Sensationen haben und sich damit wohlfühlen. Nach Buck (1991a: 283) bedarf es nicht nur eines adaptiven physischen Selbst des Patienten, wenn er/sie bestehende Adaptationsprobleme positiv bewältigen soll, vielmehr muss auch die Pflegekraft in der Lage sein, auf ein adaptives physisches Selbst zurückgreifen zu können, wenn sie einen Patienten bei einer effektiven Adaptation im Selbstkonzept-Modus unterstützen will. Dies erleichtert ihr die Einschätzung der beiden Dimensionen ebenso wie diejenige der Stimuli. Wenn sich die Pflegekraft mit ihrem eigenen physischen Selbst nicht in Einklang befindet, kann das dazu führen, dass sie nicht vorbehaltlos und vorurteilsfrei auf den Patienten zugeht. Immerhin muss sie für eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre sorgen, dem Patienten den Zweck des Interviews erklären und darauf achten, dass seine Privatsphäre gewahrt und dass auf seine unmittelbaren Bedürfnisse eingegangen wird. Steht die Pflegekraft mit sich selbst in Einklang, so Buck (1991a: 284), kann sie mit dem Patienten vorbehaltlos über die Themen sprechen. Was die entstehenden körperlichen Sensationen angeht, schätzt die Pflegekraft die nonverbalen Zeichen des Patienten mittels Beobachtung oder mit Hilfe der mündlichen Mitteilung ein. Dieses gelingt um so eher, je mehr dem Patienten von Seiten der Pflegekraft ermöglicht wird, die Erfahrungen mitzuteilen, die er mit körperlichen Sensationen gemacht hat.

Die zweite Dimension betrifft das Körperbild, das der Mensch in seinem Verhalten zum Ausdruck bringt. Ein Teil des sexuellen Körperbildes verweist auf die Identifikation mit dem eigenen Geschlecht. Sie ist ein zentraler Aspekt des RAM im Rahmen des Rollenfunktionsmodus und wird hier im Zusammenhang mit ihrem Einfluss auf das Selbstkonzept diskutiert. Mittels direkter Beobachtung erfährt die Pflegekraft, welches Bild der jeweilige Mensch von seinem Körper hat. Dieses spiegelt sich in den Haltungen, die er einnimmt, in der persönlichen Hygiene oder der Gestaltung seines Äußeren¹⁹. Insgesamt geht es darum herauszufinden, ob das beobachtbare Verhalten adaptiv oder ineffektiv ist und ob es zur psychischen Integrität beiträgt (s. auch Roy/Andrews 1999: 388f).

Der zweite Schritt der Einschätzung erfolgt entlang der in Tabelle 6.3 genannten Stimuli. Aus den gewonnenen Informationen sowie unter Hinzuziehung weiterer Informationen, wie z.B. aus der Krankenakte, aus Gesprächen mit Bezugspersonen etc. kann eine erste vorläufige Pflegediagnose abgeleitet werden. Die Formulierung einer Pflegediagnose leitet zum nächsten Schritt des Pflegeprozesses über. Sie gründet sich auf das eingeschätzte Verhalten und auf die Stimuli. Sie umfasst die Bewertung, ob die Verhaltensweisen in jedem Teilaspekt des physischen Selbst effektiv oder ineffektiv sind. Der erste Teil der pflegerischen Diagnose gibt an, ob es sich z.B. um adaptive oder ineffektive Körpersensationen handelt, während der zweite Teil der Aussage die spezifischen fokalen Stimuli, die wichtigsten kontextualen und residualen Stimuli enthält. Im Zusammenhang mit der Formulierung der Pflegediagnosen geht Buck (s. Buck 1991a: 292 f) ausführlich auf den Lebensabschluss ein, ein Thema, mit dem Pflegekräfte immer wieder konfrontiert werden und das von den betroffenen Menschen sowohl adaptiv wie ineffektiv gemeistert werden kann. Insofern sollten die Pflegekräfte Verhaltensmomente und Handlungsweisen kennen, die auf die eine oder die andere Form der Adaptation hinweisen. Des Weiteren werden vier mögliche Pflegediagnosen beschrieben, die als Adaptationsprobleme gesehen werden können und seitens der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) als Pflegediagnosen²⁰ akzeptiert worden sind. Hierbei handelt es sich um

- *eine Körperbildstörung*, die hier definiert wird „als negative Gefühle oder Wahrnehmungen in Bezug auf Merkmale, Funktionen oder Grenzen des Körpers oder von Körperteilen“ (s. Buck 1991a: 293)

¹⁹ Die physische Einschätzung umfasst (in den USA) auch körperliche Untersuchungen.

²⁰ In der mir vorliegenden deutschen Fassung der Klassifikation von 2005-2006 (s. Georg 2005) werden die ersten drei Adaptationsprobleme unter den Begriffen Körperbildstörung, Sexualstörung, Vergewaltigungssyndrom geführt.

- *eine sexuelle Dysfunktion*, die als ineffektives sexuelles Verhalten in Bezug auf physische oder psychologische Faktoren definiert (...) und angewandt wird, wenn der Mensch ein Problem mit seiner Sexualität erkennt oder daraus ein asoziales Verhalten resultiert, das anderen Menschen Schaden zufügt (Kelly 1985 in Buck 1991a: 295, Roy/Andrews 1999: 411)
- *ein Vergewaltigungstrauma-Syndrom*, worunter eine unmittelbar erzwungene oder eine wiederholt erzwungene Sexualität verstanden wird (Buck 1991a: 295)
- *Verluste*, die sich auf jede aktuelle oder potentielle Situation beziehen können, in der sich der Körper, Teile desselben oder Körperfunktionen in solchem Ausmaß verändern, dass sie nicht mehr die gleiche Qualität bzw. den ihnen zugehörigen Wert besitzen. Verlust wird als ein adaptives Problem des physischen Selbst betrachtet. Eine Serie emotionaler Reaktionen kann nach dem Verlust oder der Antizipation eines Verlustes auftreten, wie z.B. Trauer (Buck 1991a: 295f).

Ohne auf die Details der genannten Adaptationsprobleme einzugehen, kann festgehalten werden, dass die Pflegekraft über gewisse Kenntnisse der entsprechenden fokalen, kontextualen und residualen Stimuli verfügen muss. Deutlich wird ferner, dass die Pflegekraft immer auch mit ihrem eigenen Selbstkonzept und physischen Selbst konfrontiert wird, weshalb sie eine Vorstellung davon haben muss, wie sie selbst auf bestimmte Probleme reagieren würde (Buck 1991a: 299 ff). Bei den einzusetzenden Maßnahmen steht immer auch ihr eigenes Selbst auf dem Prüfstand, da es immer auch um ihre Kommunikationsfähigkeit, ihre Fähigkeit zur Wissensvermittlung, zur Anleitung oder zur Rollenübernahme geht. Die Pflegekraft sollte in der Lage sein, den Patienten aktiv in seine eigene Pflege einzubeziehen. Dieses ist nicht nur für die Zielsetzung, sondern auch für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen von Bedeutung, weil dem Patienten eine Änderung seines bisherigen Verhaltens abverlangt wird und dieses Ziel nur über seine aktive Mitarbeit erreicht werden kann. Hierbei werden der Pflegekraft Flexibilität und die Fähigkeit zur Anpassung ihrer Maßnahmen an das Tempo und die Lernfähigkeiten des Patienten abverlangt.

6.3.3 ZUM PERSONALEN SELBST UND DEN DIMENSIONEN DES PERSONALEN SELBST

Das personale Selbst ist das zweite Teilsystem des Selbstkonzept-Modus. Wie erwähnt, werden im RAM drei Dimensionen des personalen Selbst hervorgehoben, die Selbst-Konsistenz, das Selbst-Ideal und das moralisch-ethisch-spirituelle Selbst. Mit dem Begriff Selbst-Konsistenz werden das aktuelle Verhalten und Handeln des Menschen, seine Reaktionen auf eine Situation und seine persönlichen Charaktereigenschaften beschrieben, wohingegen mit dem Begriff Selbstideal all das gefasst wird, was der Mensch sein möchte oder was er im Verhältnis zu dem, wozu er sich in der Lage fühlt, zu sein glaubt. Wie bereits erwähnt, verweist das moralisch-ethisch-spirituelle Selbst auf das Wertesystem eines Menschen, auf seine Moral und darauf, wie der Mensch sich und andere bewertet bzw. beurteilt. Insgesamt benötigt der Mensch Wissen und ein Gefühl von sich selbst, damit er existieren und sich in der Welt orientieren kann. Jeder Mensch hat eine Vorstellung davon, was er sich zutraut, was ihn auszeichnet, welche Ziele er im Leben verfolgt, ob er dieselben erreichen kann, woran er glaubt und wofür er sich einsetzt. Aus den Antworten auf diese existentiellen Fragen ergeben sich Anhaltspunkte in Bezug auf das personale Selbst des betreffenden Menschen²¹ (s. Buck 1991b: 312). Wie weiter oben dargestellt, ist der Ertrag der zu diesem Aspekt des Selbstkonzepts geführten theoretischen Diskussionen in dem Begriff der Fokussierung des Selbst gebündelt und zusammengefasst worden (Roy/Andrews 1999: 394f, Roy 2009: 329ff).

Bei der Förderung der Adaptation, ist die Berücksichtigung des personalen Selbst von zentraler Bedeutung. Auch hier können sich Adaptationsprobleme auf die Heilungsfähigkeiten des Menschen ebenso auswirken wie auf die Aufrechterhaltung von Gesundheit. Die drei genannten Dimensionen des personalen Selbst bilden unterschiedliche Verhaltens- und Handlungsweisen ab, die einer Pflegekraft Hinweise darauf geben können, wie effektiv ein Patient die gegenwärtige Situation adaptiert. Wie beim physischen Selbst ist es auch hier wichtig, dass die Pflegekraft Zugang zu ihrem eigenen personalen Selbst hat, dass sie die damit zusammenhängenden Teilaspekte versteht und mit ihnen zurechtkommt. Patient und Pflegekraft sind gleichermaßen darauf angewiesen, in

²¹ Erkenntnisse verschiedener soziologischer und psychologischer Theorien werden auch hier synthetisiert.

der Interaktion auf ein adaptives personales Selbst zurückgreifen zu können. Der Patient benötigt es, wenn er mit neuen Adaptationsproblemen konfrontiert wird, und die Pflegekraft, wenn sie den Patienten bei einer wirksamen Adaptation im Selbstkonzept-Modus unterstützen will.

Im ersten Schritt, der Einschätzung, gewinnt die Pflegekraft über die Artikulation von Gedanken und Gefühlen einen ersten Eindruck vom personalen Selbst des Patienten sowie von der Art und Weise, wie er sich ihr gegenüber verhält, wie er auf sie, ihre Äußerungen und ihr Handeln reagiert. Durch ihre Herangehensweise und ihre Art der Gesprächsführung kann sie zu einer vertrauensvollen Atmosphäre beitragen, die dem Patienten Sicherheit vermittelt, so dass er bereit ist, sich ihr anzuvertrauen (Herstellen einer ‚sicheren Umwelt‘). Hierzu ist es erforderlich, dass die Pflegekraft gelernt hat, vorurteilsfrei mit den Gefühlsäußerungen des Patienten umzugehen, und dass sie ihm zuhört, ohne ihm sogleich ihre Sicht der Dinge oder ihre Gefühle aufzudrängen. Die Gefühle des Patienten können auf unterschiedliche Art und Weise zum Ausdruck gebracht werden, z.B. durch Lachen, Schreien, verbal oder nonverbal. Unterdrückte Gefühle hingegen können bei der betreffenden Person Spannungen in der Weise erzeugen, dass psychische Energien gebunden werden und die Fähigkeit unterlaufen wird, sich auf andere Dinge zu konzentrieren. Ein solches Verhalten deutet in der Royschen Terminologie auf einen ineffektiv arbeitenden Cognator hin (s. Buck 1991b: 313, Roy/Andrews 1999: 395f).

Für die Herstellung einer vertrauensvollen Situation muss dem Patienten nicht nur Sinn und Zweck des Gesprächs verständlich sein, die Pflegekraft muss ihr Vorgehen auch am jeweiligen Patienten orientieren, d.h., es muss situationsangemessen²² sein (s. Buck (1991b: 313)). Der Patient muss verstehen, dass die Pflegekraft die Informationen benötigt, damit sie mit ihm seine Pflege planen kann. Erst wenn die Pflegekraft sich ein Bild über das personale Selbst und die damit zusammenhängenden Verhaltensweisen gemacht hat, kann sie beurteilen, ob letztere effektiv oder ineffektiv sind. Nach Buck (1991b: 314) fördern adaptive Verhaltensweisen das Überleben, das Wachstum und die Reproduktion und tragen dazu bei, dass der Mensch sein Leben meistert. Adaptives Verhalten kann sich auch darin zeigen, dass es den Einzelnen entsprechend seiner Entwicklung in die Lage versetzt, die von ihm verfolgten Ziele zu verwirklichen. In Tabelle 6.1. sind die für diesen Bereich wichtigen Stimuli kursiv gesetzt worden. Die dort genannten Copingstrategien und –fähigkeiten gelten für beide Aspekte des Selbstkonzepts. Mithilfe entsprechender Fragen zu diesen Stimuli kann sich die Pflegekraft ein Bild vom Patienten verschaffen und schlussfolgern, wie adaptiv oder ineffektiv der Patient mit Veränderungen in seiner externen und internen Umwelt umgeht. In Tabelle 6.4 sind Merkmale der Dimensionen des personalen Selbst, mögliche Fragen und mögliche Verhaltensmanifestationen zusammengefasst.

In welcher Reihenfolge auf die genannten Stimuli eingegangen wird, ist situationsabhängig. Die in den beiden ersten Schritten gewonnenen Einsichten über das personale Selbst des Patienten bilden die Basis für eine Pflegediagnose. Buck nennt als eine mögliche vorläufige Pflegediagnose: ‚Stabiles Muster der Selbst-Konsistenz‘. In der zweiten Hälfte der diagnostischen Aussagen werden der spezifische fokale Stimulus oder die Stimuli sowie die wichtigsten kontextuellen Stimuli genannt, da sich das pflegerische Handeln hierauf konzentriert. Die Pflegediagnose könnte aber auch auf den Grad der Selbstwertschätzung eingehen als dem Wert, den sich ein Mensch selbst beimisst und der ein durchdringender Aspekt des personalen Selbst zu sein scheint. Seine Selbstwertschätzung äußert der Mensch in Form von Gefühlen, da sie in jede emotionale Reaktion eines Menschen einfließt. Die Pflegekraft erhält aus den Informationen zum Selbstkonzept Hinweise auf den Grad der Selbstwertschätzung des betreffenden Menschen. Diese wiederum korrespondiert mit den Möglichkeiten des Menschen zur aktiven und positiven Lebensbewältigung und Adaptation. Buck (1991b: 318) geht davon aus, dass sowohl eine hohe als auch eine moderate Selbstwertschätzung funktional sein können, wohingegen eine geringe Selbstwertschätzung

²² In diesem Zusammenhang müssen Zeitpunkt und Ort des Gespräches bedacht werden. Weiter sollte es so gestaltet werden, dass es den momentanen Bedürfnissen des Patienten entspricht.

auf ein Adaptationsproblem hinweist. Sie betont, dass Adaptationsprobleme in diesem Bereich zuerst gelöst werden müssen. Ebenso kann es sein, dass Probleme in diesem Bereich - auch wenn sie sekundärer Natur sind -, angegangen werden müssen, sobald das eigentliche Problem sich innerhalb einer adaptiven Bandbreite befindet bzw. innerhalb des Adaptationsniveaus. Buck nennt vier Adaptationsprobleme im Bereich des personalen Selbst, Angst, Machtlosigkeit, Schuldgefühl und geringe Selbstwertschätzung, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll.

Tab. 6.4: Übersicht erstellt nach Buck (1991b: 314; Roy/Andrews 1999: 396) basierend auf einer Arbeit von Joan Cho.

Merkmale	Entlocken des Verhaltens	Manifestation des Verhaltens
<i>Selbst-Konsistenz:</i> Eigenschaften der Persönlichkeit, wie man sich selbst im Verhältnis zu seinem aktuellen Handeln oder seinen Reaktionen auf eine Situation sieht.	Wie würden Sie sich als Mensch beschreiben? Was sind Ihre charakteristischen persönlichen Eigenschaften?	“Ich bin _____ (...ein intelligenter Mensch, habe einen starken Willen, bin wie ein Kind, bin zu nichts wert)
<i>Selbst-Ideal:</i> Was möchte ich sein oder tun - im Verhältnis zu dem, wozu ich in der Lage bin.	Was sind ihre Bestrebungen / Hoffnungen für sich selbst? Was möchten Sie ändern, wenn Sie könnten?	“Ich würde gerne _____ (etwas Besonderes sein, berühmt, eine starke Persönlichkeit) Ich würde gerne ändern (mein Temperament, meine Unfähigkeit in Mathematik etc...)
<i>Moralisch-ethisch-spirituelles Selbst:</i> Das eigene Gefühl für sich selbst in Bezug auf die eigenen geheiligten, ethischen Vorstellungen, wie sich jemand in Bezug auf sein eigenes Wertesystem sieht, seine Ansichten über das, was richtig oder falsch ist. Bewertung dessen, wer ich bin.	Wie würden Sie ihre spirituellen Ansichten beschreiben? In welcher Weise wirken sich diese auf ihre Sicht von sich selbst aus? Wie beurteilen Sie, ob sie ihrem eigenen Standard in Bezug auf das richtige Leben erreichen? Wie bewerten Sie sich selber?	“Ich glaube an... (Gott, an ein höheres Wesen, eine natürliche Ordnung) “Ich gehe zur (Kirche) “Ich liebe (bestimmte Bücher, Meditation, Yoga) “ich bin (ganz weit von dem entfernt, was ich eigentlich glaube) “Ich tendiere (hart mir gegenüber zu sein, ungeduldig mit mir zu sein)

Was die nächsten Schritte des Pflegeprozesses betrifft, die Zielsetzung, die pflegerische Intervention und die Evaluation, so kann auf die Ausführungen unter Pkt. 6.3.1 und die Tab. 6.3. verwiesen werden.

Abschließend soll auf den adaptiven Modus der Gruppenidentität bzw. der **geteilten Identität** hingewiesen werden. Hierbei geht es um Prozesse, in der die Mitglieder einer Gruppe wie etwa einer Familie, eines Pflorgeteams, der Mitglieder einer Partei, eines Berufsverbandes oder einer Nation zu einer gemeinsamen Wahrnehmung ihrer Umwelt, einer gemeinsamen kognitiven und gefühlsmäßigen Orientierung gelangen und gemeinsame Werte, Ideale, Hoffnungen etc. teilen. Ohne auf die Details einzugehen, geht es darum, Kenntnisse darüber zu erlangen, wie in einer bestimmten Gruppe die Gruppenidentität hergestellt, aufrechterhalten und geteilt wird. Bei der Einschätzung des Gruppenverhaltens und der Funktionsweise einer Gruppe stehen die zuvor genannte Wahrnehmung der Umwelt, die kognitive und gefühlsmäßige Orientierung, die Ziele und Werte der Gruppe im Mittelpunkt. Bei der Einschätzung der Stimuli geht es um Themen wie Anforderungen und Distanz, um das externe Umfeld sowie um Führung und Verantwortung (ausführlich Roy/Andrews 1999: 400ff, Roy 2009: 432ff).

Im Laufe der Entwicklung des RAM haben Roy und MitarbeiterInnen die entsprechenden Kenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen zusammengetragen, die für die Pflege relevanten Aspekte extrahiert und den Schwerpunkt dabei auf die Adaptation und Copingprozesse gelegt. Sie haben gezeigt, dass das Selbstkonzept und die verschiedenen Dimensionen desselben in Beziehung zum menschlichen Handeln stehen. Es gibt im Grunde keinen Lebensaspekt, wo das Selbstkonzept, verstanden als handlungsleitendes und adaptives System nicht eine Rolle spielte. Bei den möglichen und höchst vielfältigen Adaptationsproblemen kann die betroffene Person zu

einer Änderung ihres bisherigen Selbstkonzepts herausgefordert werden. Dies gilt insbesondere bei Fragen, die die eigene Gesundheit und Pflege betreffen. Hierbei kann die Pflegekraft den Patienten durch eine gezielte Beeinflussung der fokalen Stimuli in Richtung einer positiven Adaptation unterstützen, indem sie die positiven Adaptations- und Copingfähigkeiten des zu pflegenden Menschen ermittelt und an diese anknüpft. Dies setzt die Kenntnis der in einer Pflegesituation relevanten Stimuli und des Adaptationsniveaus des zu pflegenden Patienten voraus. Beides muss im Kontext dieser Situation und der Lebensumstände des zu pflegenden Menschen und seines Bezugssystems gesehen werden. Die jeweilige Krankheit und die entsprechenden Symptome sind hier nur ein Aspekt von mehreren. Bei der Pflege nach dem RAM ist die Pflegekraft in ihrem Handeln auf die Möglichkeiten des Patienten angewiesen, da die Unterstützung seiner Adaptations- und Copingfähigkeiten von ihrer Seite nur im Einvernehmen mit dem Patienten erfolgen kann. Der zu pflegende Mensch muss die erforderliche Veränderungsarbeit an sich selbst leisten und er muss hierzu bereit sein. Nur so kann er zu erweiterten Adaptations- und Copingfähigkeiten gelangen. Was die einzelne Pflegekraft betrifft, werden ihren Möglichkeiten aufgrund ihres Wissens bzw. Nichtwissens in diesen Fragen sowie ihrer Bereitschaft zur Selbstreflexion und ihrer Kenntnis geeigneter Pflegemaßnahmen Grenzen gesetzt. Dabei können ihre Möglichkeiten durch die Organisation der Pflege und durch die Bedeutung, die der Pflege von Seiten der Gesellschaft gegeben wird, weiter begrenzt oder im Rahmen von Entwicklungsprozessen ausgedehnt werden.

6.4 DIE VIER ADAPTATIONSMODI IN DER ZUSAMMENSCHAU UND DISKUSSION

An dieser Stelle sollen das Zusammenwirken des Selbstkonzept/Gruppen-identitäts-Modus mit den anderen drei Modi aufgezeigt und Anknüpfungspunkte für die handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells herausgearbeitet werden. (Siehe hierzu Starr 1980²³, Lewis²⁴ 1988, Smith 1988, Haut/Peddicord/ O'Brien²⁵ 1994, Patton²⁶ 2004 sowie in der Lehre Roy 1973, Moreno/Durán/Hernandez 2009 und in der Forschung Limandri 1986, Frank/Lang 1990²⁷, Brydolf/Segesten²⁸ 1996, Boston-Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS) 1999, Yoder 2005, Perrett 2007, Hannon-Engel 2008, Waweru/Reynolds/Buckner²⁹ 2009). Dies geschieht entlang der in Kap. 4 entwickelten Fragen zum pflegerischen Funktionskreis und zum Wissenssystem der Pflege, zum Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege, zur Beziehung zwischen medizinischem und pflegerischem Funktionskreis sowie zu den vier Phasen des Caringsprozesses.

Menschliche Adaptationsprozesse und adaptives Verhalten/Handeln im Zusammengang mit Gesundheit/ Krankheit bilden im RAM den Ausgangspunkt für die Entwicklung des *pflegerischen Wissenssystems*. Das adaptive

²³ Suzann Starr beschreibt, wie das RAM die Pflege sterbender Menschen leiten kann mit dem Ziel, dem Patienten Schmerzfreiheit zu ermöglichen und physischen Komfort zu bewahren.

²⁴ Lewis beschreibt die zu leistende ‚Transferarbeit‘, um das RAM entsprechend des Verständnisses der Pflegekräfte auf einer akut chirurgischen Station und der dortigen Realität einsetzen zu können.

²⁵ Haut et al. 1994 beschreiben einen Pflegeplan entlang der vier adaptiven Modi des RAM, den sie aus Forschungsergebnissen zur Eltern-Kind-Bindung ableiten. Ihr Ziel besteht darin, diese Bindung auf der Neonatologischen Intensivstation (NICU) zu fördern.

²⁶ Patton beschreibt an einem Fallbeispiel den Einsatz des RAM in der Psychiatrie.

²⁷ Sie haben die Forschungsliteratur anhand der vier Modi des RAM ausgewertet und aus dieser Analyse Pflegediagnosen abgeleitet

²⁸ Brydolf/Segesten wollten anhand der verschiedenen Aspekte des RAM bei jungen Patienten mit ulcerativer Colitis ein tieferes Verständnis über die Erfahrungen der Jugendlichen mit dieser Krankheit gewinnen und kommen zu dem Ergebnis, dass das RAM ein sinnvolles Instrument für die Studie war. Sie betonen, dass es für die Praxis einen Fokus für Interventionen bietet, und konnten zeigen, wie wichtig die Bedeutung signifikanter Anderer für das Selbsterleben und die Selbstwahrnehmung ist und wie notwendig es ist, den medizinischen Fokus um einen pflegerischen zu erweitern

²⁹ Waweru et al. (2008: 118f) beschreiben den Einsatz von zwei Instrumenten zur Messung der Wahrnehmung des Selbstkonzepts von Kindern und von sogenannten emotionalen Indikatoren. Weiter war beabsichtigt, Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten in diesem Bereich bei HIV-positiven Kindern in zwei Kulturen, der amerikanischen und einer afrikanischen Kultur zu erkunden, Variationen herauszuarbeiten, die auf die verschiedenen Kulturen und Versorgungsformen hinweisen, die Sinnhaftigkeit des Einsatzes des ‚Human Figure Drawings‘ als Screening Instrument festzustellen, die Beziehung zwischen der Kenntnis der Diagnose und dem Selbstkonzept zu untersuchen und Implikationen für pflegerische Interventionen zu bewerten.

Verhalten/Handeln eines Menschen ist in Lebensprozesse eingebettet, zu deren Aufrechterhaltung sich der Mensch in einem ständigen und aktiven Austausch mit seiner internen und externen Umwelt befindet. Roy/Andrews (1999) und Roy (2009) haben in allen vier adaptiven Modi zusammen mehr als 25 Lebensprozesse identifiziert und beschrieben. Professionelles pflegerisches Handeln wird im RAM primär als Unterstützung und Förderung adaptiver Handlungsweisen gedeutet. Adaptives Verhalten/Handeln ist personenbezogen, kontext- und situationsspezifisch und kann von daher nur aus der Perspektive des zu pflegenden Menschen bzw. des jeweiligen Klientensystems erschlossen und nachvollzogen werden. Es zeigt sich in den charakteristischen Verhaltens-/Handlungsweisen, die der Mensch im Laufe seines Lebens in den verschiedenen Lebensprozessen sowie im Rahmen seiner Sozialisation ausbildet. Hierbei eignet er/sie sich ein für ihn/sie charakteristisches Handlungsrepertoire an, das ihm/ihr ermöglicht, Veränderungen seines/ihrer Gesundheitszustands zu handhaben. Dieses Handlungsrepertoire ist nicht feststehend, sondern unterliegt Wandlungsprozessen. Daher müssen adaptive Verhaltens- und Handlungsweisen immer im Kontext der Lebensgeschichte bzw. Biographie des zu pflegenden Menschen und seiner sozialen wie physischen Umwelt gesehen werden. Erst dies schafft die Voraussetzung dafür, mittels pflegerischer Maßnahmen Einfluss auf Adaptationsprozesse und das damit korrespondierende Handeln zu nehmen. Hier ergibt sich ein wichtiger Anknüpfungspunkt an das Konzept der *Lebensspanne* des RLT-Modells. Ein weiterer ergibt sich über den umfassenden Verhaltens- und Handlungsbegriff des RAM. Im Mittelpunkt steht das gesundheitsbezogene Handeln eines Menschen. Dies kann entsprechend der Potenzialität eines Menschen sehr komplex, vielschichtig und facettenreich sein. Es kann aber auch sehr begrenzt sein. Die professionelle Pflege konzentriert sich darauf, wie der zu pflegende Mensch Veränderungen in seiner internen oder äußeren Umwelt in einem, in zwei bzw. in allen vier Adaptationsmodi bewältigt, um die Integrität als adaptives Gesamtsystem oder die einzelner Adaptationsmodi zu bewahren und so das eigene Überleben, Wachstum etc. sicherzustellen. Hierbei kommt den o.g. Lebensprozessen eine zentrale Rolle zu, insofern diese je nachdem, ob sie als integrierend, kompensierend oder gefährdend charakterisiert werden, Adaptationsprozesse in Gang setzen können. Diese können sowohl bewusstseinsfern ablaufen, als auch bewusst vom Menschen gehandhabt werden.

Im RAM wird unterstellt, dass das adaptive Vermögen des zu pflegenden Menschen im Fall der Inanspruchnahme professioneller Pflege durch Veränderungen seines Gesundheitszustands verwundbar ist. Dies sind Situationen, in denen bisher integrierte Lebensprozesse in einem, in zwei, drei oder in allen vier Adaptationsmodi kompensiert werden müssen oder gar gefährdet sind. Dieses ist mit Veränderungen im Verhalten/Handeln als Folge der durch die internen/externen Umweltveränderungen in Gang gesetzten Bewältigungsprozesse verbunden. In einer pflegerischen Situation geht es um diese Verhaltens- bzw. Handlungsweisen in den vier Adaptationsmodi. Diese können auf das Konzept der *Aktivitäten des Lebens* (AL) im RLT-Modell bezogen werden. Die im physiologischen Modus zusammengefassten menschlichen Erfordernisse und essentiellen Prozesse/Funktionen können auf die entsprechenden AL des RLT-Modells bezogen werden:

Erfordernisse

- | | |
|------------------------------|--|
| • Atmung/Sauerstoffaustausch | - AL Atmen |
| • Ernährung | - AL Essen und Trinken |
| • Ausscheidung | - AL Ausscheiden |
| • Aktivität und Ruhe | - AL sich bewegen, AL schlafen |
| • Schutz/Sicherheit | - AL für eine sichere Umgebung sorgen. |

Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, ist der physiologische Modus die Basis für die Funktionsweise der anderen drei Modi. Die hierunter beschriebenen Prozesse/Funktionen wie die Sinnesfunktionen oder die Funktionen des neurologischen Systems sind für alle AL lebensnotwendig. Die im physiologischen Modus enthaltenden Erfordernisse, Prozesse und Funktionen hängen mit den anderen drei Modi zusammen, insofern sie die materielle Voraussetzung für das menschliche Leben sind. Eine erste vorläufige Zuordnung der AL und der anderen Konzepte des RLT-Modells zu diesen drei Modi könnte wie in der Tabelle 6.5 aussehen:

Alle AL sind im biologischen Selbst verwurzelt. Sie finden hier wie im psychosozialen Selbst, in den, den vier adaptiven Modi zugrunde liegenden verschiedenen Lebensprozessen und in den für diese charakteristischen Verhaltens-/Handlungsmustern ihre spezifische Ausdrucksform. Roper/Logan/Tierney sprechen in diesem Zusammenhang von Gewohnheiten.

Tab: 6.5: Zuordnung der Adaptationsmodi zu den Konzepten des RLT-Modells

Adaptations-Modus	AL	Weitere Konzepte des RLT-Modells
Selbstkonzept-Modus	AL persönliche Hygiene und sich kleiden	das Konzept der Lebensspanne <i>das Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum</i> das Konzept der beeinflussenden Faktoren
Rollenfunktions-Modus	AL seine Geschlechtlichkeit leben AL Arbeiten und seine Freizeit gestalten AL Kommunizieren	
Interdependenz-Modus	AL Sterben	

In der pragmatistischen Tradition wird von Handlungsrouniten gesprochen. An dieser Stelle möchte ich an die im Pragmatismus vertretene Idee erinnern, wonach das Handeln eines Menschen auf einem Kontinuum von hoch modifizierbar bis hoch unmodifizierbar angesiedelt werden kann. Der Mensch als adaptives System gerät aufgrund von Veränderungen der Stimuli in seiner internen und externen Umwelt unter Stress. In einer solchen Situation gerät der Handlungsfluss des Menschen ins Stocken. Eine solche Situation verlangt vom Menschen im Meadschen Handlungsmodell³⁰ wie auch im RAM eine Anpassung. Welche Möglichkeiten der Mensch hat, sich an eine veränderte bzw. sich ändernde Situation anzupassen, ist in Kap. 3 (3.4.3) ausführlich dargestellt worden. Hierbei geht es wie im RAM um die Modifizierung von Umweltbedingungen und um die Initiierung von Lernprozessen. Dieses wiederum setzt ein Verständnis davon voraus, welche Funktion die Verhaltens-/Handlungsmuster bzw. Gewohnheiten oder Handlungsrouniten für den betreffenden Menschen haben und was er mit ihnen verbindet. Hierbei muss der Blick notwendigerweise über das Erkennen von Krankheitssymptomen und das Verständnis von Krankheitsprozessen hinausgehen. Nur so kann die Aufmerksamkeit auf Prozesse gelenkt werden, die sich auf die Integrität in einem der vier Modi oder in allen Modi auswirken. Dem Erkennen adaptiver Verhaltens- und Handlungsweisen kommt dabei höchste Priorität zu, da diese als ‚Ressource‘ in der Pflege genutzt werden können, um das adaptive Handlungsrepertoire erhalten, verändern oder erweitern zu können (s. Roy/Andrews 1999: 70, Roy 2009: 61f).

Die Entstehung des RAM in den 60er Jahren und seine Weiterentwicklung muss im Kontext der Entwicklung der Pflege als Wissenschaft und als klinische Disziplin betrachtet werden. Hierbei hat sich Roy von den in der Wissenschaft vorherrschenden Vorstellungen über die Generierung von Wissen in Form konzeptueller Modelle, der Konstruktion von Theorien und ihrer Überprüfung durch die Forschung leiten lassen. Für Roy ist die Wissensproduktion kein Selbstzweck, sondern immer auf die professionelle Praxis, d.h. auf den Gegenstandsbereich der Pflege bezogen. Das RAM wird als ein konzeptuelles Modell bestehend aus einem Satz von Konzepten charakterisiert, die laut Roy/Andrews (1999: 11) und Roy (2009: 9) die wesentlichen Elemente der Pflege beschreiben und aufeinander beziehen. Es stellt das ‚geistige Bild‘ für den Gegenstandsbereich der Pflege dar (s. Roy 1981: 22). Im RAM, wie es heute vorliegt, werden die folgenden fünf Elemente als wesentlich für die Pflegepraxis erachtet (Roy 2009: 9):

1. „eine Beschreibung der Person oder Gruppe von Menschen, die eine pflegerische Versorgung erhalten
2. eine näher beschriebene Bedeutung der Umwelt
3. eine Definition von Gesundheit
4. eine Aussage über das allgemeine Ziel der Pflege
5. eine Darstellung der Ansätze, um das Ziel zu erreichen“ (s. auch Pkt. 6.1).

³⁰ Adaptives Handeln kann auch unter dem Gesichtspunkt des kreativen, experimentellen und problemlösenden Handelns (s. Kap. 3.4.2) im Sinne der Rekonstruktion des normalen Handlungsflusses interpretiert werden.

Im RAM wird der Zusammenhang dieser Elemente mittels der Beschreibung der vier Adaptationsmodi und der ihnen zugrunde liegenden Lebensprozesse aufgezeigt. Mit dem RAM hat Roy nicht nur einen Beitrag zur Entwicklung des pflegerischen Wissenssystems geleistet, sondern auch Hinweise zur **inhaltlichen Beschreibung des pflegerischen Funktionskreises** gegeben. Ziel der Pflege war es immer, zum allgemeinen Ziel der Gesundheitsversorgung durch die Förderung der Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft beizutragen (s. Roy 1976). Dieses Ziel ist auch bei der Entwicklung eines **spezifischen pflegerischen Wissenssystems** handlungsleitend. Die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Ansätze in der Pflegefachliteratur beziehen sich nach Donaldson/Crowley (1978, zitiert in Roy 2009: 5) auf

1. „die Beschäftigung mit Prinzipien/Gesetzen, die die Lebensprozesse, das Wohlbefinden und eine optimale Funktionsweise von Menschen, seien sie krank oder wohl, steuern
2. die Beschäftigung mit Handlungsmustern der Interaktion mit der Umwelt in kritischen Lebenssituationen
3. die Beschäftigung mit Prozessen, mittels derer Veränderungen im Gesundheitszustand bewirkt werden können“.

Das RAM gibt vielfältige Hinweise darauf, wie der **pflegerische Funktionskreis praktisch ausgefüllt** werden kann. In Anlehnung an Johnson unterscheidet Roy (1981: 22, 24) Pflege-theorien, die ‚knowledge of order‘, ‚knowledge of disorder‘ and ‚knowledge of control‘ generieren. Wissen über die allgemeine Entwicklung des Menschen bezeichnet sie als *knowledge of order*. Hier geben die diversen Wissenschaften der Pflegewissenschaft einen Input. Theorien, die sich mit dem Ziel der Pflege befassen, liefern Wissen für die Pflegepraxis oder auch *knowledge of control*. Wissen über Phänomene, mit denen die Pflege in pflegerischen Situationen konfrontiert ist und die einer pflegerischen Intervention bedürfen, liefern *knowledge of disorder*. So gesehen bietet das RAM eine Basis zur theoretischen Begründung des **Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs der Pflege als Profession**. Dieser steht im Fokus des RAM. Das RAM als konzeptuelles Modell eröffnet der Pflege eine über das biomedizinische Modell hinausgehende Perspektive. Diese erlaubt den **Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege** inhaltlich zu strukturieren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nicht nur die Sicht vom Menschen, sondern auch vom Ziel der professionellen Pflege und der pflegerischen Interventionen eine Evolution durchlaufen. Mit anderen Worten, die Pflege als Profession hat es mit dynamischen Konzepten zu tun, deren Bedeutung und Sinn es von Kontext zu Kontext und von Situation zu Situation immer wieder neu zu entdecken gilt.

Welche Möglichkeiten sich über das RAM für die Pflege als wissensbasierte Profession ergeben, soll an dieser Stelle anhand ausgewählter Untersuchungen zum RAM kurz illustriert werden. Marlaïne Smith (1988: 97f) unterstreicht die Nützlichkeit des RAM bei der Arbeit mit alten Menschen. Sie untersuchte, wie durch gezieltes Einwirken auf kontextuale Stimuli das adaptive Verhalten einer Gruppe alter Menschen gefördert werden konnte. Die Einschätzung der adaptiven Modi und der Stimuli ergab u.a., dass die Mitglieder der Gruppe sich durch ein negatives Selbstkonzept in Bezug auf ihr Übergewicht und ihre mangelnde Aktivität auszeichneten. Der wechselseitige Einfluss der einzelnen Modi aufeinander zeigte sich in allen Modi ebenso, wie sich auch die Veränderungen aufgrund der pflegerischen Interventionen in allen Modi widerspiegeln. Die Rolle, die der Pflegekraft bei der Unterstützung einer positiven Adaptation zukommt, wird in dieser Arbeit anschaulich belegt.

Frank (1988) zeigt, dass den drei psychosozialen Adaptationsmodi bei der Pflege von Dialysepatienten eine wichtige Rolle zukommt, wenn es darum geht, die emotionale und soziale Adaptation an die Dialyse zu fördern. Sie hebt die Wechselwirkung zwischen den drei Modi und dem physiologischen Modus hervor und unterscheidet drei Phasen der Anpassung an die ERSD (End Stage Renal Disease), die so genannte Honeymoon-Phase, die Phase der Ernüchterung bzw. Mutlosigkeit und die längere Phase der Akzeptanz. Des Weiteren betont sie, dass der Patient nicht nur als Einzelperson betrachtet werden kann, sondern dass sein näheres Umfeld, seine Familie oder Bezugspersonen ebenso berücksichtigt werden müssen. Auch letztere werden von der Krankheit und der Dialyse tangiert, was sich in ihren Adaptationsmodi niederschlägt. So gesehen steht die Adaptation des Patienten

in den genannten Phasen in einem Zusammenhang mit den Adaptationsmöglichkeiten seiner Bezugspersonen (s. Frank 1988: 210).

Die Wechselwirkung zwischen den Adaptationsmodi und die Bedeutung des Selbstkonzept-Modus unterstreicht Limandri (1986), die sich in ihrer Untersuchung zum Prozess der Inanspruchnahme von Hilfe durch misshandelte Frauen das Roysche Adaptationsmodell bezog. Je nach den spezifischen Umständen erwies sich das Selbstkonzept der betroffenen Frauen für die Adaptation als förderlich oder hinderlich. Auch die Art und Weise, wie die Frauen soziale Rollen ausübten und mit den damit verbundenen Belastungen umgingen, hing eng mit ihrem Selbstkonzept zusammen sowie mit ihrem Bedürfnis nach Verbundenheit und der sich daraus ergebenden gegenseitigen Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit vom Partner.

Die Mitglieder der ‚Boston Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS) haben 1999 eine Sichtung und Evaluation von Studien zum RAM herausgegeben. Diese erstreckten sich über einen Zeitraum von 25 Jahren, d.h. vom Beginn der ersten Veröffentlichung des RAM im März 1970 bis zum Januar 1995. Insgesamt wurden 163 Studien ausgewertet. Aus Tabelle 6.6 ist der Schwerpunkt der Studien zu ersehen. Dem Selbstkonzept-Modus wird in diesem Zeitraum eine etwas geringere Aufmerksamkeit als den anderen Modi geschenkt, was angesichts der handlungsleitenden Funktion dieses Modus erstaunt. In Studien aus den letzten Jahren wird der Zusammenhang zwischen den vier Modi erneut herausgearbeitet. Hierbei findet eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Selbstkonzept-Modus statt (s. Yeh 2001, Dobratz 2002, 2004, Gagliardi/Frederickson/Shanley 2002, Gagliardi 2003, Tsai 2003, DeSanto-Madeya 2006, 2009).

An dieser Stelle möchte ich eine Kritik von Barbara J. Limandri (1986: 59f) bezüglich der Differenzierung in vier Adaptationsmodi aufgreifen. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem RAM in Forschung und Klinik schlägt sie vor, lediglich zwischen einem biologischen und einem psychosozialen Selbst zu unterscheiden. Die Trennung in die Modi Selbstkonzept, Rollenfunktion und Interdependenz sei in der Empirie schwer durchzuhalten. In der nachfolgenden Abbildung 6.7 greife ich ihren Vorschlag auf. Er bietet mir die Möglichkeit, die im RAM enthaltenen Gedanken auf das RLT-Modell zu beziehen und sie aus einer handlungstheoretischen Sicht neu zu interpretieren. Anders als Limandri habe ich das biologische und psychosoziale Selbst als sich überlappend dargestellt.

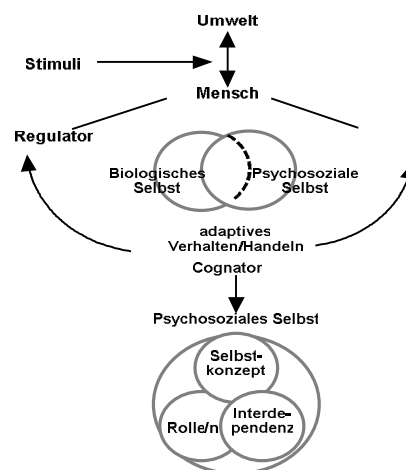


Abb. 6.7: eine modifizierte Darstellung des RAM nach Limandri (1986: 60)

Tab. 6.6: Übersicht über Forschungsschwerpunkte nach BBARNS (1999)

Physiologischer Modus	Studien	Selbstkonzept-Modus	Studien	Rollenfunktionsmodus	Studien	Modus der Wechselseitige Abhängigkeit	Studien	Andere	Studien
<i>Erfordernisse / Bedürfnisse</i>		Selbstwert + Selbstkonzept	10	Funktionaler Status, Entwicklung von Instrumenten	5	Signifikante Andere	8	<i>Adaptive Modi + Prozesse</i>	
Sauerstoff und Kreislauf	4	Selbstkonzept + Schwangerschaft	2	Adaptation an die Mutterrolle	6	Signifikante Andere als Pflegende	5	Einschätzung der Modi	9
Ernährung	1	Selbstkonzept + chronische Krankheit	6	Adaptation bei Kaiserschnitt	7	Unterstützungssysteme	3	Adaptive Strategien	9
Ausscheidung	1			Interaktive Rollen	3	Einsamkeit und Missbrauch	4	Wahrnehmende Informationsverarbeitung	7
Schutz	2							Adaptation als Outcome	8
Aktivität und Ruhe	5 (13)							Pflegegruppe als adaptives System	3 (36)
<i>Prozesse</i>								<i>Stimuli</i>	
Sinnesfunktionen	5							Umwelt	4
Flüssigkeits- + Elektrolyt- sowie Säure-/Basenhaushalt								Gesundheitsstatus • Schwangerschaft + Geburt • Stress + Gesundheit • Krankheit	10
Das endokrine System								Behandlung	5 (19)
								<i>Interventionen</i>	
								Cognator	10
Neurologische Funktionen • Regulation der Temperatur	3							Physiologisch	11
								Interdependenz	7 (28)
Summe	21		18		21		20		83
Gesamt									163

Aus dem RAM als konzeptuellem Bezugsrahmen lassen sich allgemeine *Methodologien und Handlungsstrategien* für die Gestaltung der pflegerischen Dienstleistungssituation ableiten. Die allgemeinen Hinweise zur Adaptation müssen auf die Situation des zu pflegenden Menschen und auf seine Adaptations- und Copingmöglichkeiten bezogen werden. Das Mittel zur praktischen Umsetzung des RAM ist der aus sechs Schritten bestehende Pflegeprozess. Die Schritte des Pflegeprozess sind Ausgangspunkt für die Erkundung, Entdeckung sowie Entwicklung pflegerischer Methodologien und Handlungsstrategien. Im Rahmen des Pflegeprozesses findet die Verknüpfung des professionsspezifischen Wissens und der pflegespezifischen Kompetenzen statt. Beides wird in der Beziehung zum Patienten realisiert. Im ersten Schritt des Pflegeprozess wird das gesundheitsbezogene Handeln des Menschen idealerweise in allen vier Adaptations-Modi eingeschätzt. Dieses kann je nach Situation mehrere Gespräche erfordern. Das eingeschätzte Verhalten/Handeln des zu pflegenden Menschen oder der Gruppe wird mit spezifischen Kriterien verglichen, um ihren Beitrag zur Aufrechterhaltung der Integrität abschätzen und um die Stärke und Beanspruchung der Copingprozesse identifizieren zu können (Roy/Andrews 1999: 67f). Hierfür benötigen die Pflegekräfte hoch entwickelte technische, interpersonale und intuitive Fähigkeiten.

ten/Kompetenzen. Die Beobachtung ist im RAM eine Schlüsselkompetenz, eine andere ist die des klinischen Schlussfolgerns. Für alle vier Adaptations-Modi, die mit einer Klassifikation von Copingformen vergleichbar sind, werden im RAM Verhaltens- bzw. Handlungsweisen beschrieben. Diese können auf das Konzept der *Aktivitäten des Lebens* (AL) im RLT-Modell bezogen werden.

Für die Einschätzung der Verhaltens-/Handlungsweisen und der im Fokus stehenden Stimuli haben Roy/Andrews (1999: 70) allgemeine Hinweise zusammengestellt, die auf Zeichen einer ausgeprägten Aktivität des Regulators sowie auf Anzeichen einer ineffektiven Funktionsweise des Cognators hinweisen. Diese, in Tabelle 6.7 zusammengefassten Indikatoren dienen als Orientierung bei der Einschätzung des adaptiven Verhaltens/Handelns. Sie sind allesamt personen-, kontext- und situationsbezogen zu sehen und müssen - wie schon erwähnt -, vor dem Hintergrund der Lebenssituation/-welt des Patienten einschließlich der für ihn wichtigen Beziehungen interpretiert werden.

Tab. 6.7: Hinweise auf Aktivitäten/Funktionsweise von Regulator und Cognator (s. Roy/Andrews 1999: 70, Roy 2009: 60f)

Zeichen einer ausgeprägten Aktivität des Regulator	Zeichen einer ineffektiven Funktionsweise des Cognator
<ul style="list-style-type: none"> ○ Erhöhter Herzschlag oder Blutdruck ○ Spannung ○ Aufregung ○ Appetitsverlust ○ Anstieg des Serulkortisol 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestörte Wahrnehmung und Informationsverarbeitung ○ Ineffektives Lernen ○ Schlechtes Urteilsvermögen ○ Unangemessene Affekte

Im zweiten Schritt der Einschätzung geht es darum herauszufinden, welche Stimuli das Verhalten/Handeln des zu pflegenden Menschen beeinflussen. Als allgemeine Stimuli, die auf die Adaptation einwirken, nennen Roy/Andrews (1999: 72):

- Kultur: sozioökonomischer Status, Ethnizität, Glaubenssystem
- Familie/Gruppe: Struktur und Aufgaben
- Entwicklungsphase: Alter, Geschlecht, Vererbung, genetische Faktoren, Langlebigkeit von komplexen Systemen (Aggregaten), Vision
- Integrität der adaptiven Modi
- Adaptationsniveaus: integrierte, kompensatorische und gefährdete Lebensprozesse
- Ineffektiver Cognator-Innovator: Wahrnehmung, Wissen, Fertigkeiten/Fähigkeiten
- Umweltaspekte: Veränderungen in der internen/externen Umwelt, medizinische Maßnahmen/Management, Gebrauch von Drogen, Alkohol, Tabak, politische oder ökonomische Stabilität (Roy 2009: 62).

Hierbei gilt es, die fokalen, kontextualen und residualen Stimuli zu ermitteln. Hier findet sich ein weiterer Anknüpfungspunkt an das pragmatistische Handlungsverständnis, d.h. an die Vorstellung, dass Handlungsrouinen/Gewohnheiten durch die Modifizierung von Rahmenbedingungen indirekt beeinflusst und modifiziert werden können. Hierzu gehört das Wissen, wodurch der *Handlungsfluss ins Stocken* geraten ist. Im dritten Schritt werden die gewonnenen Daten interpretiert, wobei die Schlussfolgerung in eine vorläufige Pflegediagnose mündet. Diese kann in Anlehnung an Mead als ‚Arbeitshypothese‘ gesehen werden (s. Pkt. 3.4.2). Die von Roy und MitarbeiterInnen entwickelte Typologie von Indikatoren für eine positive Adaptation und eine daraus abgeleitete Liste von Indikatoren für allgemeine Adaptationsprobleme sind in Tabelle 6.8 für die drei psychosozialen Modi zusammengestellt. Auch sie dienen der Orientierung. Sie lassen darüber hinaus die Komplexität pflegerischer Phänomene erahnen.

Tab. 6.8: Zusammenstellung von positiven Indikatoren und wiederkehrenden Adaptationsproblemen (nach Roy 2009: 70ff)

Indikatoren positiver Adaptation		Typologie allgemein wiederkehrender Adaptationsprobleme	
Selbstkonzept-Gruppenidentitäts-Modus			
Individuen	Gruppen	Individuen	Gruppen
Positives Körperbild Effektive sexuelle Funktionsweise Psychische Integrität mit physischem Wachstum Angemessene Kompensation körperlicher Veränderungen Effektive Bewältigungsstrategien bei Verlust Effektive Prozesse des Lebensabschlusses Stabiles Muster der Selbstkonsistenz Effektive Integration des Selbstideals Effektive Prozesse des moralisch-ethisch-spirituellen Wachstums Funktionaler Selbstwert Effektive Bewältigungsstrategien bei Bedrohungen des Selbst	Effektive interpersonale Beziehungen Unterstützende/s Kultur/Milieu Geteilte Ziele + Werte Geteilte Erwartungen Sich im Kontext von anderen ausdrücken können Werte in Bewegung Verständnis + Unterstützung Geteilte Führung Positive Moral Flexibilität bei Aufgaben/ in den Arbeitsweisen Einheit / Einigkeit bei Krisen	Körperbildstörung Sexuelle Dysfunktion Vergewaltigungstraumasyndrom Ungelöste Verluste Angst Machtlosigkeit Schuld Geringer Selbstwert	Ineffektive zwischenmenschliche Beziehungen Wertekonflikt Unterdrückende Kultur Geringe Moral Stigma Missbrauchende Beziehungen
Rollenfunktionsmodus			
Rollenklarheit Effektive Prozesse des Rollenwechsels Integration des instrumentellen und expressiven Rollenverhaltens Integration der primären, sekundären und tertiären Rollen Effektive Muster der Rollenausübung Effektive Copingprozesse bei Rollenveränderungen Übernahme von Verantwortung für die Rollenausübung/Rollenleistung Effektive Integration von Rollen in Gruppen Stabile Muster der Rollenbeherrschung	Rollenklarheit Effektive Prozesse der Sozialisation in Bezug auf Rollenerwartungen Strukturierung von Erwartungen, um die Gruppenziele zu schaffen Effektive Prozesse bei wechselseitigen Rollen Hohe wechselseitige Abhängigkeit bei Arbeitsteilung Effektive Prozesse der Integration von Rollen Geregelte Verantwortungen und Erwartungen zwischen Menschen in komplementären und aufeinander bezogenen Rollen Flexibilität bei der Ausführung aller Rollen, um den Anforderungen an die Gruppe zu entsprechen Ausreichendes Mentoring bei der Entwicklung von Rollen.	Ineffektiver Rollenwechsel Anhaltende Rollendistanz Intra- und Interrollenkonflikt Rollenversagen Rollenambiguität	Rollenkonfusion ineffektive Sozialisation in Hinblick auf Rollenerwartungen Versagen einiger Rollen in der Gruppe Ineffektives Geben und Nehmen bei Rollenverantwortung Ungleiche Verteilung von Verantwortung zum Nachteil der Gruppenziele Interrollenkonflikt Beanspruchung/Belastung in der Rolle des Care-givers oder in anderen Rollen Unangemessene Rollenentwicklung, um den Erfordernissen der Gruppe genügen zu können

Fortsetzung der Tab. 6.8

Modus der wechselseitigen Abhängigkeit/Interdependenz-Modus			
Affektionale Angemessenheit Stabile Muster des Geben und Nehmens von Liebe, Respekt und Werten Effektive Muster von Abhängigkeit und Unabhängigkeit Effektive Copingstrategien bei Trennung und Einsamkeit Entwicklungsbezogene Angemessenheit des Lernens und des sich Entwickelns in Beziehungen Tragfähige Beziehungen und wirksame Kommunikation Fähigkeit zur Pflege (nurturing), um eine Pflege zu geben, die Wachstum und Aufmerksamkeit (attention) ermöglicht Sicherheit in Beziehungen Angemessene signifikante Andere und Unterstützungssysteme, um affektionale und entwicklungsbezogene Angemessenheit zu erreichen	Relationale Angemessenheit Entwicklungsbezogene Angemessenheit Ressourcenangemessenheit	Ineffektive Muster des Gebens und Nehmens Ineffektive Muster von Abhängigkeit/Unabhängigkeit Ineffektive Kommunikation Mangel an Sicherheit in Beziehungen Unzureichende signifikante Andere und Unterstützungssysteme für das Bedürfnis nach Zuneigung und Beziehungen Trennungsangst Entfremdung Einsamkeit Ineffektive Muster der Entwicklung von Beziehungen	Isolation Ineffektive Entwicklung Unzulängliche Ressourcen Verschmutzung Aggression

Der nächste Schritt des Pflegeprozesses betrifft die Zielsetzung, die gemeinsam mit dem Patienten bzw. mit der im Mittelpunkt stehenden Gruppe erfolgt. Bei den Zielen unterscheiden Roy/Andrews kurzfristig von langfristig zu erreichenden Zielen. Ganz allgemein besteht dieses im RAM darin, die adaptiven Prozesse des zu pflegenden Menschen durch die Manipulation/Handhabung der Stimuli, die Einfluss auf das Adaptationsniveau des zu pflegenden Patienten nehmen, zu fördern, zu unterstützen und zu ermöglichen. Damit dies möglich ist, müssen die auszuwählenden Interventionen (fünfter Schritt des Pflegeprozesses) auf die Stimuli ausgerichtet werden. Die Fähigkeit des Menschen, positiv auf Veränderungen seiner internen/externen Umwelt zu reagieren bzw. sich dazu zu verhalten, ist einerseits abhängig vom fokalen Stimulus und andererseits vom jeweiligen Adaptationsniveau, d.h. davon ob dieses integrierend, kompensierend oder gefährdend ist. Der fokale Stimulus bestimmt das Ausmaß der notwendigen Veränderungen, wohingegen das Adaptationsniveau auf die sich ändernden Bedingungen der verschiedenen Lebensprozesse der Adaptationsmodi hinweist. Das Management der Stimuli beinhaltet eine *Veränderung, Erhöhung, Senkung, Entfernung oder Aufrechterhaltung der Stimuli*. Hierbei kann eine Pflegekraft unterschiedliche Wege einschlagen. Der von Roy/Andrews (1999: 87) beschriebene Ansatz der Entscheidungsfindung ist mehrstufig. Er erlaubt eine begründete Wahl zwischen verschiedenen möglichen Maßnahmen. Hierbei werden die relevanten Stimuli des vorliegenden Adaptationsproblems ebenso wie die relevanten Copingprozesse berücksichtigt. Weiter werden die Konsequenzen, die mit der Veränderung eines Stimulus bzw. der Stimuli oder der Copingprozesse verbunden sind, zusammen mit der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens bestimmt. Das aus den Konsequenzen resultierende Ergebnis wird als wünschenswert oder nicht wünschenswert beurteilt. All dies geschieht idealerweise gemeinsam mit den Patienten. Die einzuleitenden bzw. zu initiiierenden Veränderungen müssen von ihm/ihr vorgenommen werden. Sie müssen sich an seinen/ihren Möglichkeiten orientieren ebenso wie letztere auch der Bezugspunkt für die Bewertung der erzielten Ergebnisse (sechster Schritt) sind.

In den Publikationen zum RAM finden sich vereinzelt Aussagen darüber, welche Beziehung **zwischen medizinischem und pflegerischem Funktionskreis besteht**. Bei ihrem Versuch, den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege zu klären und diesen von anderen Gesundheitsdisziplinen abzugrenzen, gehen Roy/Andrews (1999: 4ff) auf die Geschichte ein. Sie verstehen die Beziehung zwischen Medizin und Pflege als einen Differenzierungsprozess. Er setzt mit Nightingale ein, bei der die berufliche Pflege mehr ist als die Verabreichung von

Medizin und Wickeln. Schon Nightingale sprach von Lebensprozessen, ein Thema, dass die Pflege in den USA wie ein roter Faden durchzieht (s. auch Kap. 1). Roy/Andrews machen auf zwei zeitgleich ablaufende Entwicklungen aufmerksam, die die Beziehung Medizin/Pflege prägen. Sie stellen fest, dass der arztabhängige Bereich der Pflege, also die medizinisch delegierten Aufgaben, im Laufe der Zeit immer größer wurde. Diese Entwicklung fiel mit der Entwicklung der Pflegewissenschaft zusammen, im Rahmen derer sich einige Pflegetheoretikerinnen mit der autonomen Rolle bzw. Funktion der Pflege beschäftigten und damit, welche Aktivitäten hierzu gehörten. In diesem Kontext ist auch die Entstehung der Pflegetheorien, des Pflegeprozesses, die Entwicklung von Pflegediagnosen, Klassifikationssystemen u.a.m. zu sehen.

Wie erwähnt, bezieht sich das RAM in erster Linie auf den autonomen oder unabhängigen Bereich der Pflege, wie er im Social Policy Statement der ANA (1995) definiert (Roy/Andrews 1999: 63) und 2003 in modifizierter Fassung bestimmt worden ist (s. Roy 2009: 55). Das RAM knüpft an die Definition der ANA an, dessen Kern die Reaktions- und Handlungsweisen der Menschen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit sind (s. Kap.4). Allerdings werden im RAM menschliche Reaktions- und Handlungsweisen aus der spezifischen Perspektive der Adaptation gesehen. Im Social Policy Statement wird anerkannt, dass die Pflege als Disziplin mit anderen Disziplinen zusammenarbeitet und dass es einen mit der Medizin überlappenden sowie einen interdisziplinären Bereich gibt. Am deutlichsten tritt der mit der Medizin überlappende Bereich im physiologischen Adaptationsmodus zutage. Hier erweist sich das medizinische Modell als konzeptioneller Bezugsrahmen für die Pflege als nicht funktional, da es wichtige Aspekte wie Umwelt, Holismus und Prozesse ignoriert. Darüber hinaus richtet sich der Fokus der Pflege heute verstärkt auf Gesundheit statt auf Krankheit. (Ungeachtet dessen wird eine Pflegekraft nicht nur für ihre Handlungen im Bereich der Pflege rechtlich zur Rechenschaft gezogen, sondern auch für die an sie delegierten und von ihr ausführenden Aufgaben.) Um das im RAM enthaltene Potenzial bei der Pflege von Menschen ausschöpfen zu können, muss die *zwischen medizinischem und pflegerischem Funktionskreis bestehende Beziehung* daraufhin überprüft werden, inwieweit diese und die allgemein vorherrschenden Bedingungen der Gesundheitsversorgung den für die Förderung von adaptivem Verhalten/Handeln erforderlichen Handlungsspielraum zur Verfügung stellen. Um hier Klarheit zu gewinnen, können insbesondere die im RAM entwickelten Vorstellungen zur Funktionsweise des Gruppenidentitäts-Modus (s. Pkt. 6.3.3), des Rollenfunktions- und Interdependenzmodus auf das adaptive Verhalten/Handeln des intra- und interdisziplinären Teams übertragen werden. Es kann ermittelt werden, welche pflegerischen Kompetenzen für die Umsetzung des RAM erforderlich sind. Weiter kann die Einschätzung und Analyse der vorherrschenden Beziehungsmuster zwischen Pflege und Medizin sowie der Bereitschaft, diese auf eine andere Basis zu stellen, die Grundlage für die Erarbeitung von Vorschlägen für *die Neuausrichtung dieser Beziehung* liefern. Diese Beziehung könnte – wie es Peplau (s. Kap. 5.5) gefordert hat –, auf der Basis von Wissen anstelle auf der Basis von Macht und geschlechtlich konnotierten Ideologien errichtet werden.

Werden die Vorstellungen Roys auf die vier Phasen des Caring Prozesses bezogen, d.h. auf die Phase des *Caring about, Taking care of, Caregiving, Care-Recieving*, dann bietet das RAM grundsätzlich die Chance, pflegerisches Handeln in den unterschiedlichen Kontexten daraufhin zu untersuchen, inwieweit es adaptives Handeln in den vier Modi fördert und ermöglicht (oder gar verunmöglicht). Ganz allgemein erlaubt das RAM den Pflegekräften, pflegerische Phänomene aus einer erweiterten Perspektive zu betrachten. In diesem Zusammenhang kommt dem Selbstkonzept-Modus als handlungsleitendem System eine zentrale Rolle zu. Was im Caring Prozess Berücksichtigung findet und was nicht, ist stark an pflegerische Erfahrungen gebunden und daran, wie sich diese im Selbst des jeweiligen Menschen niederschlagen. Wie ausgeführt, können die drei psychosozialen Modi zur Beschreibung und Analyse der Funktionsweise der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient und seinen Bezugspersonen bzw. seinem pflegerischen Bezugssystem (Familie, soziale Gruppe etc.) herangezogen wer-

den³¹. Als einen Aspekt der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient hebt Roy (2009: 6) das ‚Caring‘ hervor. Die Pflege als eine spezifische Form des auf sich selbst oder auf andere Menschen bezogenen Handelns wird im RAM nicht eigens erwähnt. Hinweise auf pflegerisches Handeln finden sich im Kontext des interdependenten Modus und der hier beschriebenen zwischenmenschlichen Beziehungen. Handeln in diesem Modus verweist darauf, dass die Menschen von einem anderen etwas erhalten, bzw. dass sie ihm durch ihr Handeln etwas geben können. Roy (2009: 386) zählt hierzu u.a.: „Liebe, Respekt, Werte, Pflege, Zuwendung, Aufmerksamkeit, Wissen, Fähigkeiten, Verpflichtungen, materielle Güter, Zeit und Talente“.

Die Arbeiten zum RAM belegen übereinstimmend, dass das RAM der beruflichen/professionellen Pflege ein erweitertes Handlungsspektrum ermöglicht. Dieses lässt sich insbesondere anhand der Funktionsweise und der Bedeutung der drei psychosozialen Adaptationsmodi belegen. An ihnen zeigt sich, dass die Pflege es mit komplexen Phänomenen zu tun hat, die erhebliche Anforderungen an die einzelne Pflegekraft stellen. Aus der Bedeutung, die dem Selbstkonzept-Modus bei der Bewältigung von Krankheit oder von Veränderungen zukommt, kann auf die Bedeutung geschlossen werden, die auch dem Selbstkonzept der Pflegekraft zukommt. Dieses wird in der Interaktion mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen ebenso herausgefordert, wie das Handlungsvermögen der Pflegekraft im Rollenfunktions- und Interdependenz-Modus von ihrem Verständnis von Pflege beeinflusst wird - sei es, dass es sie einengt oder dass es ihr weitere Handlungsoptionen zur Verfügung stellt. Dieser Zusammenhang wird über die Umsetzung des RAM anhand der Schritte des Pflegeprozesses exemplifiziert. Gerade hier ist die Pflegekraft darauf angewiesen, eine gewisse Klarheit über ihre eigenen psychosozialen Modi und ihr Adaptationsvermögen zu gewinnen. Ein positives Verhältnis zu sich selbst, d.h. ein positives Selbstkonzept wird mehr oder weniger deutlich als eine wünschenswerte Voraussetzung für die Einschätzung des Patienten im Selbstkonzept-Modus erachtet (s. Roy/Andrews 1991, 1999, Roy 2009). Was in der Pflegekraft-Patient-Beziehung geschieht, hängt u.a. von der Fähigkeit der Pflegekraft zur Beobachtung und zur klinischen Schlussfolgerung ab. In Anlehnung an Gordon et al. (1994) unterscheidet Roy (2009: 7) drei Formen der klinischen Schlussfolgerung: eine diagnostische, eine ethische und eine therapeutische. Das RAM ermöglicht damit einen erweiterten Blick auf die vier Phasen des Caringprozesses. Dass ein solcher erforderlich ist, belegt die Arbeit von Susan DeSanto-Madeya (2009), die sich mit der Bewältigung einer Rückenmarksverletzung und dem Leben mit einer dadurch bedingten Behinderung seitens des Betroffenen und seiner Familie befasst. Sie beschreibt anhand der drei psychosozialen Modi welche Anpassungsleistungen von allen Betroffenen zu erbringen sind, und vergleicht diese zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (ein Jahr, bzw. drei Jahre nach der Verletzung). Ihre Arbeit demonstriert, dass die Pflegekräfte die von den Patienten und ihren Bezugspersonen zu leistende Arbeit durch Unterstützungsangebote, Anleitung in der Vermeidung von sekundären Komplikationen und Aufklärung über geeignete Hilfsmittel unterstützen und so eine positive Adaptation fördern können. Die Arbeit unterstreicht auch, dass die Pflege, will sie den Anforderungen der Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhunderts genügen, eines umfassenden Wissens vom Menschen, seiner Umwelt und seiner Gesundheit bedarf (Roy 2009: 4).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der von Peplau eingeschlagene Weg, den Patienten und die Pflege ins Zentrum der pflegerischen Überlegungen und Wissensgenerierung zu stellen, von Roy und Mitarbeiterinnen konsequent weiterverfolgt worden ist. In der Auseinandersetzung mit dem RAM konnte die Bedeutung, die dem Selbstkonzept-Modus für das menschliche Handeln insgesamt und für das adaptive Verhalten/Handeln zukommt, aufgezeigt werden. Ebenso konnten vielfältige Anknüpfungspunkte für die handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells herausgestellt werden.

³¹ Roy/Andrews (1999) und Roy (2009) haben auch demonstriert, wie sich das RAM auf den Bereich von Organisationen übertragen lässt.

7. KINGS KONZEPTUELLES SYSTEM FÜR DIE PFLEGE UND DIE THEORIE DER ZIELERREICHUNG

Wie im 5. und 6. Kapitel die Arbeiten von Peplau und Roy vorgestellt worden sind, gilt dies auch im 7. Kapitel für die Arbeit von King. Darauf folgt die Rekonstruktion der Konzepte des Selbsts, des Selbstkonzepts und des Körperbilds im Rahmen des konzeptuellen Systems und der Theorie der Zielerreichung im Sinne des Kingschen Werks. Damit soll geklärt werden, welche zusätzlichen Aspekte sich aus Kings Einsichten für die beabsichtigte handlungstheoretische Fundierung des RLT-Modells ergeben. Wie in den vorigen Kapiteln erfolgt auch hier eine Diskussion der Erkenntnisse anhand der in Kapitel 4 erarbeiteten Fragen.

Erste Ideen für ein konzeptuelles System für die Pflege entwickelte Imogene King¹ in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Sie war beauftragt worden, einen zum Master führenden Studiengang für klinische Pflegespezialisten² in der Inneren Medizin und in der Chirurgie zu entwickeln. In diesem Zusammenhang wurde sie auf die 1958 veröffentlichte Dissertation ‚*Identification of a theoretical basis for nursing practice*‘ von Margaret A. Kaufman aufmerksam. Diese sowie Peplaus Buch ‚*Interpersonale Beziehungen in der Pflege*‘ (1952/1995) gaben ihrer Arbeit wichtige Anregungen. Kaufman³ hatte ein sogenanntes ‚offenes Modell‘ entwickelt, innerhalb dessen sie drei für die Pflege relevante Konzepte diskutierte: *Zeit, Stress und Wahrnehmung* (s. King 1971: 6). King veröffentlichte 1968 ein erstes Grundgerüst für das spätere konzeptuelle System in ihrem Artikel ‚Nursing theory - Problems and prospect‘⁴ (s. Fawcett 1989: 100, Evers 1997: 89).

7.1 ZUM KONZEPTUELLEN SYSTEM UND ZUR THEORIE DER ZIELERREICHUNG

King definiert die Pflege als einen Prozess bestehend aus Handlungen, Reaktionen, Interaktionen und Transaktionen, um Menschen jeden Alters dabei zu unterstützen, ihren Gesundheitserfordernissen an einem bestimmten Punkt ihres Lebenslauf zu entsprechen (King 1968: 27). Die professionelle Pflege erfolgt innerhalb sozialer Institutionen einer Gesellschaft. Pflegende kümmern sich um einzelne Menschen oder Gruppen. Pflegerisches Handeln besteht nach King (1964, zitiert in Fawcett 1989: 101) aus spezifischen Handlungen wie „dem pflegerischen Urteil, der pflegerischen Handlung, der Kommunikation, der Evaluation und der Koordination“. Laut King (1968: 27) können drei voneinander verschiedene Handlungsebenen unterschieden werden:

1. die Ebene des Individuums
2. die Ebene der Gruppe
3. die Ebene der Gesellschaft.

Diese drei Handlungsebenen bilden später die drei Systeme des konzeptuellen Systems. King arbeitete zunächst fünf Konzepte aus, die sie als eine erste Grundlage für die Organisation des für die Pflege erforderlichen Wissens ansah. Hierbei handelte es sich um die Konzepte *Wahrnehmung, Kommunikation, interpersonale Beziehun-*

¹ King machte 1945 ihr Examen als Krankenschwester am St. Johns Hospital in St. Louis, Missouri, sie erhielt 1948 den Bachelor of Science in Nursing Education und 1957 den Master in Pflege von der St. Louis University. Sie promovierte 1961 am Teacher's College, Columbia University, New York (s. Sieloff 2006: 297). Sie starb am 24.12.2007 (s. www.nursing.clayton/eichelberger/nursing/htm.)

² Der Begriff des klinischen Pflegespezialisten ist in Deutschland nicht üblich. Stattdessen wird hier von Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpflegern für ein spezielles Gebiet innerhalb der Pflege wie etwa Anästhesie- und Intensivpflege gesprochen. In der Regel haben die Pflegekräfte eine ein bis zwei Jahre dauernde Fachweiterbildung durchlaufen. Diese Fachweiterbildung ist aber nicht vergleichbar mit der Ausbildung klinischer Pflegespezialisten (s. Kap. 4).

³ Dies teilte mir Imogene King in einem von mir durchgeführten Interview am 2. Mai 1990 in Tampa, USA, mit. Gleiches berichtet sie in einem Aufsatz über ihre theoretische Arbeit (s. King 2001: 281).

⁴ Auf die einzelnen Entwicklungsschritte, die King bei der Erarbeitung ihres theoretischen Ansatzes durchlaufen hat, soll hier nicht näher eingegangen werden. Diese können in Veröffentlichungen, die sich über einen Zeitraum von mehr als 40 Jahren erstrecken sowie in den diversen Veröffentlichungen über die Arbeiten verschiedener Pflege-theoretikerinnen (s. bspw. Fawcett 2005, George 2002, Meleis 2007, Parker 2001, in deutscher Sprache s. bspw. Mischo-Kelling/Wittneben 1995, Evers 1997, Schaeffer et al. 1997, van Kampen 1998) nachgelesen werden. Auf einen Teil dieser Artikel greife ich im Rahmen meiner Rekonstruktionsarbeit zurück.

gen, *Gesundheit und soziale Institutionen* (s. King 1968: 28). Ende der 1960er Jahre wandte sie sich unter dem Einfluss systemtheoretischer Ansätze dem Gedanken des zielgerichteten Handelns zu. Maßgeblichen Einfluss auf ihr weiteres Denken hatten die Vorstellungen Ludwig von Bertalanffys⁵, wie er sie in seinem Buch ‚*General System Theory*‘ formuliert, sowie Arbeiten, die aus dem Bereich der Informationstheorie und Kybernetik stammen und die in enger Verwandtschaft mit systemtheoretischen Auffassungen stehen (s. auch Mischo-Kelling 1995a⁶: 187). King (1999: 292) wählte diesen Ansatz, weil er Reduktionismus durch Perspektivismus ersetzt und ihr Ende der 1960er Jahre eine Möglichkeit bot, die Komplexität der Pflege als ein organisiertes Ganzes oder eine organisierte Gesamtheit (organized whole) zu untersuchen.

King interpretiert von nun an pflegerische Phänomene aus einer systemtheoretischen Perspektive, was zu der Entwicklung eines aus drei Systemen bestehenden konzeptuellen Bezugsrahmens führt: dem personalen, dem interpersonalen und dem sozialen System⁷ (s. Abbildung 7.1). Es handelt sich um dynamische interagierende Systeme, die als ‚Ganzheiten‘ in einem kontinuierlichen Austausch miteinander stehen. Im Mittelpunkt dieses Bezugssystems steht der Mensch (Daubenmire/King 1973: 512). Die ‚Analyseeinheit‘ innerhalb dieses Bezugsrahmens ist *menschliches Handeln* in einer Vielfalt sozialer Umwelten. Innerhalb dieser Systeme „wachsen und entwickeln sich Menschen und innerhalb dieser Systeme führen sie ihre täglichen Aktivitäten aus“⁸ (s. King 1995a: 18).

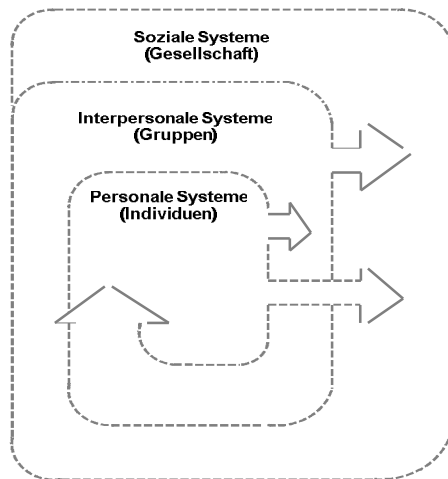


Abb. 7.1: Dynamische miteinander interagierende Systeme nach Daubenmire/King (1973: 513)

⁵ Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), ein Österreicher, war Biologie und Philosoph. Er lehrte zunächst an der Universität Wien. Nach 1945 lehrte er an verschiedenen Universitäten in den USA und Kanada (s. Staehle 1989: 40). Anfang der 20er Jahre entwickelte von Bertalanffy erste Ideen eines systemtheoretischen Ansatzes, mittels dessen er das zu dieser Zeit in der Wissenschaft vorherrschende mechanistische Denken überwinden wollte. Dieses war in seinen Augen weder zur Lösung der anstehenden theoretischen Probleme geeignet noch zur Bewältigung der durch die moderne Technologie hervorgerufenen praktischen Probleme (von Bertalanffy 1968: 11f, 31).

⁶ Im Rahmen der Diskussion verschiedener pflegetheoretischer Ansätze habe ich Kings Ansatz aus einer systemtheoretischen Perspektive diskutiert und kritisiert (Mischo-Kelling 1995a). King beruft sich hinsichtlich ihres Systemverständnisses vor allem auf von Bertalanffy. Sie hat dieses Verständnis in ihren Arbeiten bis zu ihren letzten Veröffentlichungen 2007 weder ausgearbeitet, noch weiter entwickelt. Kings Verwendung des Begriffs des Systems ist nicht unproblematisch (kritisch zum Begriff Interaktion/System bei King s. auch Wied 1999/2006; zur Stellung der Systemtheorien in Pfllegetheorien s. Kleve 2006). In dieser Arbeit greife ich mit Blick auf das Selbst, Selbstkonzept und Körperbild eine andere Linie des Kingschen Werks auf, die des menschlichen Handelns. Dieser Strang, den King zunächst verfolgt hatte (s. King 1997c: 15), wird auch von Beverly J.B. Whelton (1999) aufgegriffen.

⁷ In ihrem ersten, 1971 veröffentlichten Buch ‚*Toward a Theory of Nursing: General Concepts of Human Behavior*‘ differenziert King (1971: 21) zwischen Funktionsebenen, Systemen und grundlegenden Konzepten.

⁸ Im Original heißt es: „This framework describes environments within which human beings grow, develop, and perform daily activity“ (King 1995a: 18).

Die oben erwähnten fünf Konzepte wurden in den folgenden Jahren um weitere ergänzt⁹. King leitete aus dem Bezugsrahmen¹⁰ später die ‚Theorie der Zielerreichung‘ ab, die sie in ihrem 1981 erschienenen Buch *‚A Theory for Nursing. Systems, Concepts, Process.‘* veröffentlichte. Innerhalb dieser Theorie beschreibt sie ein ‚Prozessmodell der Transaktion‘ (s. King 2007a: 8). Dieses bietet wichtige Anknüpfungspunkte für die beabsichtigte pragmatistisch-interaktionistische Reformulierung des RLT-Modells.

Sie begreift die Pflege als ein *offenes System*¹¹, in dessen Mittelpunkt Menschen, einzelne oder Gruppen stehen, die mit der Umwelt interagieren. Offene Systeme zeichnen sich durch voneinander zu unterscheidende Merkmale aus, als deren entscheidendes sie die **Zielgerichtetheit** sieht (s. King 1989a: 150, 1989b: 36ff). Pflegerisches Handeln ist zielgerichtetes Handeln. Die miteinander interagierenden Menschen beziehen ihr Handeln auf die von ihnen erkannte Situation und üben in dieser Situation durch ihr Handeln eine gewisse Kontrolle über die stattfindenden Ereignisse aus, um Ziele zu erreichen. Über einen solchen Handlungsprozess ist die pflegerische Situation in einer konkreten räumlichen und zeitlichen Realität verankert. In dieser gehen die Pflegekraft und der zu pflegende Mensch eine interpersonale Beziehung ein, um eine Gesundheitssituation zu bewältigen. Je nach Situation kann dies zu Veränderungen in den Aktivitäten des Lebens führen und eine entsprechende Anpassung nach sich ziehen (s. King 1995a: 18). Mit anderen Worten: King versteht pflegerisches Handeln im Kontext der Aktivitäten des Lebens. Hinweise darauf, was sie alles unter dem Begriff ‚Aktivitäten des Lebens‘ versteht, finden sich in dem von ihr entwickelten ‚Zielorientierten Pflegeberichtbogen‘ (Goal-oriented Nursing Record (GONR), King 1981: 166ff) und verstreut in anderen Veröffentlichungen¹².

In Kings Ansatz ist ‚Gesundheit‘ das primäre Ziel der Pflege. Dieses Ziel bezieht sich auf einzelne Menschen, auf Gruppen wie z.B. Familien, aber auch auf die Gesellschaft, z.B. Kommunen. Konkret heisst dies, dass die Pflegekräfte die Menschen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützen, so dass sie in ihren jeweiligen und unterschiedlichen sozialen Rollen funktionsfähig sind. Der Gegenstandsbereich der Pflege beinhaltet

„die Förderung von Gesundheit, die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, die Pflege Kranker und Verletzter sowie die Pflege Sterbender“ (King 1981: 4).

Wenn von den Pflegekräften erwartet wird, dass sie Menschen bei der Erreichung eines wie auch immer gearteten Gesundheitsziels behilflich sind, dann ist es notwendig, dass sie über ein Konzept von Gesundheit verfügen (vgl. King 1981: 2f). King (1981: 5).definiert Gesundheit

⁹ King (2001: 278) beschreibt ihr Vorgehen als ein mehrstufiges. In einem ersten Schritt wird auf die vorhandene Literatur, Forschungsliteratur und auf das Wissen der verschiedenen Disziplinen zurückgegriffen, sodann werden die charakteristischen Merkmale eines Konzepts zusammengefasst. Diese können dann mittels geeigneter Instrumente empirisch überprüft und für die Pflege reformuliert werden. Dieses Vorgehen kann in ihrem Buch von 1981 nachvollzogen werden. Hier hat sie die einzelnen Konzepte zunächst sehr allgemein beschrieben, dann hat sie aus der Literatur wichtige Eigenschaften der einzelnen Konzepte herausgearbeitet, das Konzept auf der Basis ihrer Analyse in Form einer Synthese verschiedener Theorien definiert oder eine vorhandene Definition übernommen und sodann die Implikationen für die Pflegepraxis aufgezeigt.

¹⁰ In neueren Veröffentlichungen spricht King anstelle von ‚conceptual framework‘ von ‚conceptual system‘ (s. auch King 2001: 277).

¹¹ In ihrer 1981 veröffentlichten Arbeit sagt sie, dass der Gegenstandsbereich der Pflege bestimmt wird, indem „die Pflege definiert, die Ziele der Pflege umrissen, die Aufgaben von Pflegekräften überprüft und die Werte der pflegerischen Profession analysiert werden“ (King 1981: 1).

¹² So beschreibt King (1988a) in dem Artikel *‚Measuring Health Goal Attainment‘* die Entwicklung eines auf Kriterien basierenden Instruments zur Messung der Zielerreichung. Dieses Instrument grenzt sie von anderen Instrumenten zur Einschätzung der funktionalen Fähigkeiten von Patienten wie etwa dem ‚Barthels Index‘ ab. Letzterer sei ‚normbezogen‘. Das von ihr entwickelte und aus drei Skalen bestehende Instrument (S1 = Physische Fähigkeit bei der Ausführung der Aktivitäten, S2 = Handeln/ Verhalten bei der Ausführung, S3 = das vom Patienten zu erreichende Ziel) wurde in drei Bereichen menschlichen Handelns überprüft: im Bereich der persönlichen Hygiene, im Bereich der Bewegung und im Bereich menschlicher Interaktionen. Innerhalb dieser drei Bereiche wurden verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens differenziert. So beinhaltet der Bereich ‚persönliche Hygiene‘ etwa acht Aktivitäten wie Mundpflege oder sich Anziehen. Weiter wurden zu jeder Aktivität Items entwickelt, die von einer unabhängigen Durchführung bis zu einer abhängigen Durchführung reichten. Eine ähnliche Differenzierung erfolgte bei der korrespondierenden Zielsetzung.

„[...] als die dynamische Lebenserfahrung eines Menschen, die eine kontinuierliche Anpassung an die Stressoren aus der inneren und äußeren Umwelt durch den optimalen Gebrauch der persönlichen Ressourcen erfordert, um das maximal Mögliche für das tägliche Leben zu erreichen“.

In diesem Zusammenhang geht sie u.a. auch auf die Organisation der pflegerischen Arbeit im Krankenhaus ein und hebt hervor, dass die pflegerische Organisationsform der ‚Primären Pflege‘ den Pflegekräften aufgrund der damit möglichen Kontinuität der Pflege die Chance bietet, bei den Patienten aktiv Gesundheitserziehung zu betreiben und sie anzuleiten (s. King 1981: 6). An anderer Stelle führt sie aus, dass

„eine der Lebensaufgaben in der Aufrechterhaltung eines Gesundheitszustands (besteht). Dieser versetzt den Menschen in die Lage, die Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinn eines relativ sinnvollen, zufriedenstellenden, produktiven und glücklichen Lebens auszuüben. Diese Ausübung ist davon abhängig, ob sich der Mensch mit seiner Umwelt in einem Zustand der Harmonie und im Gleichgewicht befindet“ (King 1990: 127).

Die Menschen, auf die das pflegerische Handeln ausgerichtet ist, leben in der Regel in einem bestimmbar sozialen Kontext, z.B. auf dem Land oder in der Stadt, in Familien oder in anderen Formen von Lebensgemeinschaften. King begreift den Menschen als Gemeinschaftswesen, was bedeutet, dass Menschen ihre Grundbedürfnisse¹³ innerhalb ihrer jeweiligen Bezugsgruppen erfüllen bzw. befriedigen. Dies geschieht auf vielfältige Art und Weise und durch vielfältige Interaktionen mit Familienangehörigen oder Mitgliedern der jeweiligen Bezugsgruppen. Einige dieser Interaktionen - so King - führen zu Transaktionen. Hierunter versteht sie zweckgerichtete Interaktionen, die zur Zielerreichung führen. Für die Pflege bedeutet das, dass

„Ziele mittels der Pflegekraft-Klient-Interaktionen auf der Grundlage einer wechselseitiger Zielsetzung durch Pflegekraft und Klient erreicht werden, vorausgesetzt, beide Seiten haben Mittel zur Zielerreichung ausgewählt und sich auf diese verständigt, und vorausgesetzt, beide Seiten handeln so, dass sie sich auf das zu erreichende Ziel hinbewegen. Die Ergebnisse von Transaktionen drücken sich in der Zufriedenheit aus, sowie darin Aktivitäten im Rahmen gewohnter Rollen nachgehen zu können und im Erlangen unmittelbarer und langfristiger Ziele“ (King 1981: 1).

Gesundheit ist ein grundlegendes Konzept der Pflege und zugleich das primäre Ziel der *‚Theorie der Zielerreichung‘*. Es wird als das anzustrebende Ergebnis des pflegerischen Handelns betrachtet (s. King 1981, 1990, 1995a, b, Fawcett 1989, 2005). In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass Gesundheit¹⁴ ein mehrdimensionales Konzept ist und aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann. King betrachtet Gesundheit im Kontext des Lebens des zu pflegenden Patienten, seines Wertesystems und seiner sozialen und kulturellen Umwelt. Es kann für den einzelnen Patienten, aber auch für soziale Systeme wie einzelne Staaten/Gesellschaften je nach den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen höchst unterschiedliche Bedeutungen haben (s. King 1990: 127).

Pflegekräfte arbeiten in einer Welt ‚geregelter Komplexitäten‘ (organized complexities). Die drei von ihr bestimmten und dynamisch miteinander interagierenden Systeme begreift King als kommunikative Bindeglieder, die zum Tragen kommen, wenn Pflegekräfte Menschen, die mit ihrer Umwelt interagieren, pflegen, damit diese ihre Gesundheit erhalten oder wiedererlangen. Des Weiteren betont sie die Vorstellung, dass das, was in einem System passiert, Auswirkungen auf die anderen Systeme hat und umgekehrt. Diese wechselseitigen Abhängigkeiten und die hierbei stattfindenden Interaktionen gilt es im Blick zu behalten. In der nachstehenden Tabelle 7.1 werden die drei Systeme und die als wichtig erachteten Konzepte im Überblick aufgeführt.

¹³ King (1968: 28) bezieht sich auf eine Klassifikation menschlicher Bedürfnisse von George/Kuehn, die vier Kategorien von Bedürfnissen bei hospitalisierten Patienten unterscheidet und zwar das Bedürfnis nach:

1. biologischem und physischem Überleben
2. Sicherheit und Geborgenheit
3. Liebe (love) und Unabhängigkeit
4. Selbstwertschätzung und Wertschätzung anderer.

¹⁴ Eine kritische Auseinandersetzung mit Kings Gesundheitsbegriff erfolgt durch Winker (1995). Sie stellt fest, dass Gesundheit bei King weder ein linearer Prozess, noch ein dichotomer Begriff ist. Dieser Begriff sei aber nicht weiter entwickelt worden. Winker gibt Hinweise, wie dies anhand systemtheoretischer Begriffe wie Teleologie und Äquifinalität geschehen kann.

Tab. 7.1: Ausgewählte Konzepte eines systemtheoretischen Bezugsrahmens¹⁵:

Fokus =	Mensch ↔ Umgebung /Umwelt
Ziel =	Gesundheit, ein funktionaler Zustand
Systeme =	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">personales System ↕</div> <div style="text-align: center;">↔</div> <div style="text-align: center;">interpersonales System ↕</div> <div style="text-align: center;">↔</div> <div style="text-align: center;">soziales System ↕</div> </div>
Grundlegende Konzepte	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">Wahrnehmung ↕</div> <div style="text-align: center;">Interaktion ↕</div> <div style="text-align: center;">Organisation ↕</div> </div>
Subkonzepte	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> Wachstum + Entwicklung <input type="checkbox"/> Körperbild <input type="checkbox"/> Raum <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Coping <input type="checkbox"/> (Lernen) </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> Transaktion <input type="checkbox"/> Rollen <input type="checkbox"/> Stress </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Autorität <input type="checkbox"/> Macht <input type="checkbox"/> Status <input type="checkbox"/> Entscheidungsfindung <input type="checkbox"/> (Kontrolle) </div> </div>
Pflege =	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> Mensch ↔ Umgebung/Umwelt ↔ Gesundheit </div>

In ihren letzten Veröffentlichungen stellt King (2007a, Killeen/King 2007) immer wieder heraus, dass ihr Ansatz Hinweise auf Struktur, Prozess und Outcome der Pflege liefert (s. Tabelle 7.2.).

Tab. 7.2: Struktur, Prozess und Outcome der Pflege nach King

Struktur	Prozess	Ergebnis/Outcome
Konzeptuelles System <ul style="list-style-type: none"> • personales System • interpersonales System • soziales System 	<ul style="list-style-type: none"> • Theorie der Zielerreichung • Prozessmodell der Transaktion 	der erreichte Grad der Zielerreichung repräsentiert durch das Ergebnis/Outcome der Pflege; dieses/r steht in Beziehung zum Prozess der Pflege.

Das konzeptuelle System bietet eine Struktur zur Organisation des pflegerischen Wissens und Handelns. Der Fokus dieses Systems liegt auf dem täglichen Leben der zu pflegenden Menschen in ihrer sozialen Eingebundenheit. Die Gesundheit des zu pflegenden Menschen muss im Zusammenhang damit gesehen werden, wie der Mensch die an ihn gestellten Anforderungen während seines Wachstums und seiner Entwicklung handhabt, d.h. innerhalb seines kulturellen Umfelds, in dem er handelt und auf das er sich dabei bezieht.

Wie erwähnt, wird aus dem konzeptionellen System die Theorie der Zielerreichung abgeleitet, innerhalb derer ein Prozessmodell der Transaktion beschrieben wird. Dieses Prozessmodell beschreibt den grundlegenden Prozess der Interaktion, der eine geordnete Arbeitsweise unterstützt, damit Menschen, verstanden als Systeme im Sinne organisierter Ganzheiten, in einer Gesellschaft miteinander kommunizieren können (s. Killeen/King 2007: 53).

Im Folgenden soll geklärt werden, wie King die Konzepte ‚Selbst‘¹⁶ und ‚Körperbild‘ versteht, und in welcher Beziehung diese zu den jeweiligen Systemen stehen. Im Fokus der Pflege stehen nach King ganz allgemein die Aktivitäten des Lebens. Von daher interessiert, welche Hinweise ihre Einsichten hierzu in Bezug auf die anderen Konzepte des RLT-Modells liefern, d.h. zur Lebensspanne, dem Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum, zu den beeinflussenden Faktoren, zur Einzigartigkeit des Lebens bzw. zu einer individualisierten Pflege. Ein erster wichtiger Hinweis besteht darin, dass es bei der Pflege um die Förderung ‚positiver Gesundheitsgewohnheiten‘ (health habits) geht (s. King 1990: 127).

¹⁵ Diese Tabelle ist eine Modifizierung einer Tabelle von King (1986: 79). Ich habe hier die Konzepte analog ihrer Besprechung im Buch von 1981 angeordnet. In der Tabelle von 1986 führt King ein zusätzliches Konzept in das personale System ein und zwar das Konzept des Lernens sowie in das soziale System das der Kontrolle.

¹⁶ King spricht vom Selbst. In ihren Veröffentlichungen habe ich den Begriff ‚Selbstkonzept‘ nur ein einziges Mal entdeckt (s. King 1971: 94).

7.2 ZUM KONZEPT DES SELBST IM KINGSCHEN KONZEPTUELLEN SYSTEM:

King betrachtet das Individuum als ein personales System, wobei sie die Begriffe personales System und Mensch synonym verwendet. Der Mensch ist ein komplexes, offenes und lebendes System. Er

„copes with a wide range of events, persons and things over time“ (King 1975, zitiert in Sieloff Evans 1991: 7).

Der Mensch als offenes System steht in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt und

„exhibit(s) permeable boundaries permitting an exchange of matter, energy and information. Any change of movement of energy and matter organized by information in space and time is action; action is one form of process“ (King 1981: 69).

In der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt befindet sich der Mensch in einem ständigen Prozess des Handelns. Die hierbei gemachten Erfahrungen gehören zur persönlichen Welt des Menschen. Sie werden in einem aktiven Prozess der Informationsaufnahme verarbeitet. Hierbei kommt den menschlichen Sinnesorganen eine wichtige Funktion zu, da menschliche Erfahrungen mittels der Sinnesorgane aufgenommen und durch die selektive Verarbeitung von Informationen geordnet und klassifiziert werden. Diese Klassifikationen oder auch Konzepte¹⁷ benötigt der Mensch, um frühere Erfahrungen mit neueren in Beziehung zu setzen und ihnen Sinn zuzuschreiben (s. King 1981: 69f, 1988b).

Den verschiedenen Konzepten wie etwa dem Konzept des Selbst, des Körperbilds, der Zeit und des Raums kommt bei der Verarbeitung von menschlichen Erfahrungen eine wichtige Rolle zu, insofern sie diesen einen Sinn geben und damit dem Menschen eine gewisse Stabilität. Das Augenmerk von King richtet sich also zuerst auf die menschliche Wahrnehmung, denn vermittelt dieser erkennt der Mensch sich selbst, andere Menschen sowie Objekte in seiner Umwelt (s. King 1981: 19). Menschen sind soziale, rationale und empfindungsfähige Wesen. Die Sprache liefert ihnen symbolische Mittel der Kommunikation von Gedanken, Handlungen, Gewohnheiten und Einstellungen (s. auch King 1995b, 1988b). Die Art und Weise, wie Menschen im Prozess menschlicher Interaktionen auf andere Menschen und auf Objekte reagieren, wird von ihren Wahrnehmungen, Erwartungen und Bedürfnissen geprägt. Diese Reaktionen sind eingebunden in die Wahrnehmungsfelder¹⁸ der miteinander in Beziehung stehenden Menschen. Das bedeutet, dass sie auf eine Situation so reagieren, wie sie diese wahrnehmen. Sie reagieren auf ihre Erfahrungen, die in einen überdauernden Fluss von Erfahrungen eingebettet sind, immer als ganze Menschen (s. King 1981: 20).

Weiter bringt der Umstand, dass Menschen zeitgebundene Wesen sind, es mit sich, dass sie von früheren Erfahrungen geprägt sind. Diese wirken sich auf zukünftige Erfahrungen aus. Menschen verfügen über die Fähigkeit, zurückliegende Erfahrungen zu erinnern. Sie sind in der Lage, gegenwärtige Entscheidungen auf der Basis vergangener Erfahrungen zu treffen. Darüber hinaus können sie auf der Basis von Vergangenem und Gegenwärtigem das Erreichen zukünftiger Ziele planen. Das menschliche Handeln hat immer eine zeitliche und eine räumliche Dimension und es umspannt verschiedene Ebenen der Komplexität (s. King 1981: 20).

Nach Kings Auffassung hängen Entscheidungen darüber, welche Transaktionen Menschen in bestimmten Situationen vornehmen, von ihren Wahrnehmungen, Urteilen, Handlungen und Reaktionen ab (s. King 1981: 20). Über die Wahrnehmung stellen die Menschen ihre Realität aktiv her. In diesem Zusammenhang ist entscheidend, welche Informationen sie von ihrer Umwelt aufnehmen, welche sie bewusst wahrnehmen oder in ihrem Wahr-

¹⁷ Man kann hier auch von der Fähigkeit zum begrifflichen oder konzeptuellen Denken sprechen. King befasst sich mit der Beschaffenheit von Konzepten, mit deren Funktion und dem Prozess der Entwicklung von Konzepten (s. King 1988b).

¹⁸ Bei King heisst es hier ‚perceptual milieu‘.

nehmungsfeld zulassen. Dieses ist von Mensch zu Mensch verschieden¹⁹. Die Wahrnehmung des Menschen - so King (1981: 20) -, hängt

„mit seinen früheren Erfahrungen zusammen, mit seinem Konzept von sich selbst, mit seiner biologischen Ausstattung (biological inheritance), mit seiner Bildung und seiner Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht“.

Dies erklärt auch, warum Menschen, die die gleiche Erfahrung machen, diese unterschiedlich wahrnehmen können. Die für das personale System als wichtig erachteten Konzepte diskutiert King vor diesem Hintergrund und aus der Perspektive des Konzepts der Wahrnehmung.

Sie definiert das Konzept der Wahrnehmung, welches für sie das umfassendste Konzept in Bezug auf das personale System ist, folgendermaßen:

„Wahrnehmung ist ein Prozess des Organisierens, Interpretierens und Transformierens von Informationen aus den Sinnesdaten und dem Gedächtnis. Es ist ein Prozess menschlicher Transaktionen mit der Umwelt. Dieser gibt der eigenen Erfahrung Sinn, er repräsentiert das eigene Bild von der Wirklichkeit und er beeinflusst das eigene Handeln“ (King 1981: 24).

Pflegekräfte müssen bewusst mit dem Konzept der Wahrnehmung umgehen können, damit sie sich selbst und Menschen mit gesundheitlichen Problemen verstehen. Sie sollten eine Idee davon haben, wie Menschen sich selbst, ihr Körperbild sowie Zeit und Raum wahrnehmen, und davon, wie diese Wahrnehmung die Art und Weise beeinflusst, wie der von ihnen zu pflegende Mensch auf andere Menschen, Objekte und Ereignisse in seinem Leben reagiert. Die Pflege konzentriert sich auf die Aktivitäten des Lebens. Die mit diesen Aktivitäten verbundenen Handlungsweisen des zu pflegenden Menschen geben einer Pflegekraft wichtige Hinweise, wie der zu pflegende Mensch sich selbst, seinen Körper, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, seine Rolle als Patient bzw. seine verschiedenen sozialen Rollen etc. sieht.

Im RLT-Modell sind 12 Aktivitäten des Lebens als wichtig für die Pflege identifiziert worden. Anhand der Art und Weise, wie der Patient diese Aktivitäten ausfüllt, kann sich die Pflegekraft ein Bild davon verschaffen, wie der Patient bislang sein Leben gestaltet hat, was ihm dabei wichtig war und ist. Weiter kann sie seine Äußerungen im Zusammenhang mit Veränderungen der körperlichen Struktur und der körperlichen Funktionen vor dem Hintergrund der in den Aktivitäten des Lebens ausgebildeten Fähigkeiten, der damit verknüpften Werte etc. besser einordnen. Die Einschätzung und Interpretation der gesundheitlichen wie genuin pflegerischen Belange des zu Pflegenden erfordert eine geschulte Wahrnehmung der Pflegekräfte nicht zuletzt deshalb, weil sowohl die Wahrnehmung der Pflegekraft als auch die des Klienten Einfluss auf ihre Interaktionen haben. Die Wahrnehmung beeinflusst die menschliche Interaktion und das Handeln. Das Konzept der Wahrnehmung bildet die Grundlage oder Voraussetzung, um ein Konzept vom eigenem Selbst und von allen anderen Konzepten ausbilden zu können (s. hierzu King 1981: 24ff, King 1989a: 152f).

7.2.1 ZUM KONZEPT DES SELBST IM PERSONALEN SYSTEM

King stellt fest, dass das Konzept des Selbst ein alter Gegenstand der Wissenschaften, der Theologie, der Philosophie etc. ist. Bei den Begriffen *Ich*, *mich* (*me*), *Selbst* und *Person* handelt es sich für King um Synonyme. Sie bezeichnen alle das Gleiche. Dies ist nach ihrem Verständnis des Menschen als personales System durchaus konsequent, weil es sich jeweils um ein komplexes ganzes Selbst handelt. Dieses Selbst nimmt wahr, denkt, wünscht, imaginiert, entscheidet, identifiziert Ziele und wählt Mittel aus, um letztere zu erreichen. Das Selbst ist ein dynamisches, offenes und nicht zuletzt zielorientiertes System (s. King 1981: 26f). Der Mensch nimmt sich

¹⁹ Die Wahrnehmung steht in einer Beziehung zu den Wahrnehmungsmitteln, d.h. zu intakten Funktionen der Sinnesorgane und der Gehirnfunktionen.

selbst in seiner Beziehung zu anderen Menschen und zu seiner Umwelt wahr und gewinnt aus der Interaktion mit anderen Menschen ein Gefühl für sich selbst²⁰.

Bei ihrer Definition des Selbst bezieht sich King auf diejenige von Jersild²¹. Letztere berücksichtigt die verschiedenen, für Kings systemtheoretischen Ansatz wichtigen Merkmale des Selbst. Hiernach ist das Selbst

„[...] eine Komposition aus Gedanken und Gefühlen, die das Bewusstsein eines Menschen von seiner individuellen Existenz formt, seine Vorstellungen davon, wer und was er ist. Das Selbst ist die Summe all dessen, was Seines ist. Das Selbst beinhaltet unter anderem ein System aus Ideen, Haltungen, Werten und Verpflichtungen. Das Selbst ist die gesamte subjektive Umwelt eines Menschen. Es ist das unverwechselbare Zentrum seiner Erfahrung und deren Bedeutung. Das Selbst ist die innere Welt eines Menschen, die sich insofern von der äußeren Welt unterscheidet, die aus den anderen Menschen und den Dingen besteht. Das Selbst ist das Persönliche eines Menschen, als das der Mensch sich selbst kennt. Es ist das, worauf wir uns beziehen, wenn wir ‚ich‘ sagen“ (Jersild zitiert in King 1981: 27f).

Im Kingschen konzeptuellen System geht es in erster Linie um Interaktionen zwischen personalen Systemen. Anders ausgedrückt: Menschen wirken durch die Beziehungen, die sie mit anderen Menschen in vielfältiger Art und Weise eingehen, in sozialen Systemen, d.h. in der Gesellschaft. Hierbei hat ihre Wahrnehmung der diversen interpersonalen Beziehungen Einfluss auf ihr Leben und ihre Gesundheit. Menschen, die sich zusammentun, verfolgen in der Regel Ziele, die mit ihren Werten in Einklang stehen. In jeder Gesellschaft werden gewisse strukturelle und funktionale Eigenschaften vorgefunden, die sich u.a. in den Werten einer Gesellschaft und in deren Verhaltensmustern widerspiegeln (s. King 2007a: 6f). Vor diesem Hintergrund finden die o.g. Interaktionen statt. Diese werden von den Wahrnehmungen der Teilnehmer an einer sozialen Interaktion beeinflusst. Frühere Erfahrungen, die in der Wahrnehmung gegenwärtiger Probleme oder Herausforderungen und bei der Vorstellung anzustrebender Ziele aufscheinen und diese beeinflussen, interessieren dabei nur insoweit, wie diese die gegenwärtigen Interaktionen beeinflussen.

King versteht das Krankenhaus als einen Ort, wo das Selbst eines Menschen einer Bedrohung ausgesetzt sein kann. Sie geht davon aus, dass ein Mensch bei einer Störung seines Selbst Hilfe benötigt. Dies kann z.B. bei einer Identitätskrise oder bei einer physiologischen Störung der Fall sein. Das Selbst eines Menschen geht in seinem personalen System auf. Da Pflegekraft und Patient jeweils ein solches sind, sollte in jeder Pflegekraft-Patient-Beziehung Wissen über das Selbst vorliegen. King betont, dass die wechselseitigen Wahrnehmungen von Klient und Pflegekraft in ihrer Interaktion zum Tragen kommen und die pflegerische Versorgung beeinflussen. Sie hebt die Notwendigkeit hervor, dass die Pflegekräfte die Patienten als diejenigen akzeptieren, die sie sind, und dass sie ihnen keine Rollen aufdrängen. Dieses sei die Voraussetzung dafür, dass Pflegekräfte Patienten in stressreichen Situationen unterstützen können und dass das Selbstbewusstsein beider in solchen Situationen wachsen kann, ebenso wie ihr Verständnis menschlichen Verhaltens (s. King 1981: 28). Sie schreibt:

„Jedes Selbst ist eine ganze Person, die in einer spezifischen Gesellschaft heranwächst und sich entwickelt. Das Konzept des Selbst spiegelt sich in den Wachstums- und Entwicklungsmustern sowie in den Strukturen und Funktionen der Menschen wieder“ (King 1981: 28).

Weitere Hinweise auf das Selbst finden sich im Konzept des Wachstums und der Entwicklung. Dieses Konzept ist nach King dadurch definiert, dass es alle Veränderungen des Menschen auf zellulärer, molekularer und verhaltensmäßiger Ebene einschließt. Ein weiteres wichtiges Merkmal dieses Konzepts besteht darin, dass die Wachstums- und Entwicklungsprozesse im Zusammenhang mit der genetischen Ausstattung eines Menschen zu sehen sind, sowie mit als sinnvoll erlebten und befriedigenden Erfahrungen im Zusammenhang mit einer förder-

²⁰ Sie interessiert sich weniger dafür, welche Wandlungen das Konzept des Selbst im Verlauf der Wissenschaftsgeschichte erfahren hat, noch für die damit verbundenen wissenschaftstheoretischen Probleme, die sich z.B. im Verhältnis von Körper und Geist widerspiegeln. Sie muss dies auch nicht, da die Allgemeine Systemtheorie sich mit ‚Ganzheiten‘ befasst und vorgibt den Dualismus in der Wissenschaft zu überwinden (s. hierzu die Ausführungen von Bertalanffy 1968).

²¹ Er war Entwicklungspsychologe.

lichen Umwelt, die dem Menschen zur Reife verhilft. Alle diese Faktoren haben wiederum Einfluss darauf, wie der Mensch sich selbst wahrnimmt. King unterstellt in Anlehnung an Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie, dass Wachstum und (Persönlichkeits-) Entwicklung ein in Phasen ablaufender Prozess ist. Wachstum und Entwicklung beschreiben mithin einen Prozess, der den Menschen unter Nutzung der ihm innewohnenden Möglichkeiten in seinem Bestreben nach Selbstverwirklichung voranbringt²². Die eigene Einschätzung des Selbst durch den Patienten gibt den Pflegekräften vor dem Hintergrund dieser Wachstums- und Entwicklungsprozesse die notwendigen Informationen für die Einschätzung der Handlungsfähigkeit des Patienten bezüglich der Aktivitäten des Lebens. Diese Einschätzung kann mit allen anderen Konzepten des RLT-Modells, insbesondere mit dem der Lebensspanne in Beziehung gesetzt werden. Erst vor diesem Hintergrund kann die Handlungsfähigkeit des Menschen in den für sein Selbst wichtigen Bereichen gedeutet werden. King weist darauf hin, dass das Alter in diesem Zusammenhang eine kritische Variable ist. Es gilt u.a. als Zeitmarke für die verschiedenen Phasen der Wachstums- und Entwicklungsprozesse (vgl. King 1981: 30f).

In engem Zusammenhang mit dem Konzept des Selbst und dem des Wachstums und der Entwicklung steht das Bild, das ein Mensch von seinem eigenen Körper hat. King definiert das Körperbild als das Bild,

„das jemand von seinem eigenen Körper gebunden im Raum hat und das ein Aspekt der Idee des Ichs ist“ (King 1981: 31).

An anderer Stelle schreibt sie:

„Als Körperbild wird die Wahrnehmung eines Menschen von seinem eigenen Körper beschrieben sowie die Reaktion anderer auf dessen Erscheinung. Es ist das Ergebnis der Reaktionen anderer auf sein Selbst“ (King 1981: 33).

Beim Körperbild handelt es sich um ein höchst persönliches und subjektives Konzept. Das Körperbild eignet sich der Mensch im Verlauf seiner Sozialisation an. Es wird in Analogie zu dem sich stetig entwickelnden und ändernden Selbst aufgrund der sich ändernden Erfahrungen und Wahrnehmungen einer ständigen Revision unterzogen. So erfordern entwicklungsbedingte Krisen, wie z. B. die Pubertät, eine Neueinschätzung der eigenen Identität, was mit einem veränderten Körperbild einhergehen kann. Der eigene Körper und insbesondere die eigene körperliche Erscheinung stellen in der Interaktion mit Anderen wichtige Orientierungspunkte dar. Welche Bedeutung diesem Sachverhalt beigemessen wird, so King (1981: 32), hängt auch von soziokulturellen Faktoren ab, also etwa davon, was in einer Gesellschaft als schön gilt.

King unterstreicht die Relevanz dieses Konzepts für die Pflege²³. Pflegekräfte werden in ihrer Arbeit damit konfrontiert, dass die zu Pflegenden ihr wahrgenommenes Körperbild als bedroht ansehen bzw. dass es aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen wie Traumata, Verstümmelungen usw. real bedroht ist. Wichtig für eine zielorientierte Pflege ist, dass die Pflegekräfte ihre eigenen Gefühle und Einstellungen gegenüber Menschen mit einem beeinträchtigten Körperbild überprüfen, damit sie in der Lage sind, gemeinsam mit ihnen Ziele zu entwickeln und sie bei deren Erreichung zu unterstützen. Sie macht darauf aufmerksam, dass beim Vorliegen eines gestörten Körperbilds auch andere Konzepte wie Verlust, Trennung, Trauer und Wut ins Spiel kommen, die in der Pflege entsprechend berücksichtigt werden müssen.

²² Hier verweist King indirekt auf die Vorstellungen zur Persönlichkeitsentwicklung, wie sie von Maslow und Rogers vertreten werden.

²³ Im Rahmen einer von mir im Jahr 2006 durchgeführten innerbetrieblichen Fortbildung zum Kingschen konzeptuellen System und der Theorie der Zielerreichung habe ich mit den 25 TeilnehmerInnen ein von Gunda Rosenbeg (2003) beschriebenes Experiment zum Körperbild durchgeführt. Ich wollte auf diesem Wege die praktische Bedeutung dieses Konzepts vermitteln. Die TeilnehmerInnen fertigten eine Zeichnung über ihre aktuelle Körperwahrnehmung vor dem Experiment und unmittelbar danach an. Sie waren überrascht, wie schnell sich ihre eigene Wahrnehmung vom Körper verändert hatte. Sie konnten einmal eine Vorstellung davon entwickeln, was es bedeutet tagelang auf dem Rücken zu liegen; zum anderen davon, dass sich das Gefühl und Gespür für den eigenen Körper leicht wandeln kann.

Darüber hinaus sind die Konzepte Zeit und Raum zu berücksichtigen. Beide Konzepte werden individuell unterschiedlich gedeutet. Beim Handeln kommt ihnen eine jeweils unterschiedliche Bedeutung zu. King stellt hierzu fest:

„Räumlich-zeitliche Dimensionen der Umwelt haben Einfluss auf die Wahrnehmungen, auf das Selbst, auf das Körperbild sowie auf Wachstum und Entwicklung. Wahrnehmung ist das Schlüsselkonzept, weil es das Verhalten steuert. Wenn Menschen zum ersten Mal eine neue oder fremde Umgebung betreten, hat ihre Wahrnehmung der Menschen, der Objekte und der Ereignisse Einfluss auf ihr Handeln und auf ihre Reaktionen in dieser Situation. Persönliches Verhalten reflektiert die individuelle Wahrnehmung des Selbst und des Körperbilds. Die Art, wie Menschen wachsen und sich entwickeln, beeinflusst ihre Wahrnehmungen und umgekehrt" (King 1981: 47).

Für das Handeln des Menschen kommen dem Selbst und dem Körperbild offenbar zentrale Bedeutungen zu. Für die Beschreibung des personalen Systems ist zudem die Angewiesenheit des Menschen auf andere Menschen und auf die Umwelt bedeutungsvoll. Somit stellt sich die Frage, welche Bedeutung dem Selbst in der Interaktion mit interpersonalem und sozialen Systemen zukommt.

7.2.2 ZUM KONZEPT DES SELBST IM INTERPERSONALEN SYSTEM

King (1981: 59) geht davon aus, dass die Komplexität der Interaktion mit der Anzahl der hieran beteiligten Menschen steigt. Das Schlüsselkonzept zum Verständnis des interpersonalem Systems ist das Konzept der *Interaktion*. Ein weiteres wichtiges Konzept ist das der *Kommunikation*, da dieses die Rohdaten für Interaktion und Wahrnehmung bereitstellt.

In jede Art menschlichen Handelns und in jede Interaktion fließen Wahrnehmungen und Urteile ein. Nicht alle Aspekte des menschlichen Handelns sind der direkten Beobachtung zugänglich, weshalb die Menschen bezüglich dieser unsichtbaren Aspekte auf Schlußfolgerungen angewiesen sind. Unter einer Handlung versteht King

„[...] eine Reihenfolge von Verhaltensweisen miteinander interagierender Menschen. Sie beinhaltet: (1.) geistiges Handeln als Erkennen der gegenwärtigen Bedingungen; (2.) körperliches Handeln - Initiierung der Operationen oder Aktivitäten, die in Beziehung zu den Bedingungen oder der Situation stehen; und (3.) geistiges Handeln, welches erlaubt, Kontrolle über Ereignisse und körperliche Tätigkeiten auszuüben, um so der Zielerreichung näher zu kommen. Transaktionen erfolgen in konkreten Situationen, in denen Menschen aktiv an den Ereignissen beteiligt werden und in denen diese aktive Partizipation bei der Bewegung auf das anzustrebende Ziel zu Änderungen bei den daran beteiligten Menschen führt" (King 1981: 60).

Der Mensch als offenes System verfügt über durchlässige Grenzen, die den Austausch von Stoffen, Energie und Informationen erlauben. Bei jeglicher Form von Kommunikation handelt es sich, systemtheoretisch gesehen, um Handlungen. Kommunikation erfolgt auf verbaler und nonverbaler Ebene. Sie ist an die Situation und an die Wahrnehmung gebunden. Sie ist transaktional und irreversibel (vgl. King 1981: 69).

Der Interaktionsprozess zwischen zwei oder mehreren Menschen besteht aus einer Abfolge zielgerichteter verbaler und nonverbaler Verhaltensweisen. In diesem interaktiven Prozess identifizieren zwei Menschen wechselseitig Ziele und Mittel, um erstere zu erreichen. Kommt es zu einer Verständigung in Bezug auf die Mittel zur Zielerreichung, dann bewegen sich die handelnden Menschen in Richtung Transaktion. Zentrale Konzepte in der Kingschen Fassung menschlicher Interaktion sind: *Wahrnehmung*, *Kommunikation* und *Transaktion* (s. King 1981: 61). Die Wahrnehmung ist für die fortlaufende Interaktion fundamental, da hierüber das Verhalten und Handeln in der Interaktion gesteuert wird.

Das Konzept des Selbst erwähnt King in Bezug auf die verbale Kommunikation eher implizit, wohingegen sie bei der nonverbalen Kommunikation deutliche Bezüge zum Körperbild herstellt. Sie schreibt:

„Berührung sowie taktile Stimulation ist für die Entwicklung eines gesunden Körperbilds wichtig. Das Gefühl vom eigenen Körper und für dessen körperliche Erscheinung ist für den Aufbau eines gesunden Konzepts des Selbst unerlässlich" (King 1981: 72).

Die Berührung ist in der Pflege eine durchaus mögliche Form der Kommunikation. Es ist eine zutiefst körperliche, in der es zu einem Haut-zu-Haut-Kontakt kommt. Diese Form der Kommunikation wird King zufolge (1981: 72) kulturspezifisch unterschiedlich gedeutet und ausgelegt.

Ein anderer wichtiger Aspekt der menschlichen Kommunikation im Zusammenhang mit dem Konzept des Selbst ist darin zu sehen, dass verbale Ankündigungen niemals widerrufen und Körperbewegungen nicht ausgelöscht werden können (s. King 1981: 73f). Beide Formen der Kommunikation hinterlassen Spuren. King bemerkt in diesem Zusammenhang:

„Ein Mensch ist zu keinem Zeitpunkt der gleiche, da sich ein ständiger Wandel ausserhalb und innerhalb eines Menschen vollzieht“ (King 1981: 73).

Die Kommunikation ist ein wichtiges Konzept für die professionelle Pflege. Für letztere sind die entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten von zentraler Bedeutung. Vermittels der Kommunikation spiegelt die Pflegekraft dem Patienten verbal und nonverbal, wie sie ihn, seinen Körper und seine Fähigkeiten sieht und zwar sowohl was ihn selbst, aber auch was ihn in Bezug auf andere Menschen betrifft. Weil die Kommunikation irreversibel ist, müssen die Pflegekräfte über ein entsprechendes Wissen verfügen. Nur so sind sie in der Lage, Menschen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen und unterschiedlichen Fähigkeiten zu pflegen. Beispielhaft nennt King ältere Menschen, sowie Kinder, die (noch) nicht sprechen können, bewusste Patienten, oder etwa einen auf der Suche nach der eigenen Identität befindlichen, durch einem Tauchunfall verletzten Jugendlichen (vgl. King 1981: 75). Darüber hinaus müssen Pflegekräfte in der Lage sein, mit anderen Berufsgruppen und mit den Angehörigen der Patienten zu kommunizieren.

Körperliche Berührungen sind insbesondere bei der Pflege von Menschen wichtig, deren Körperbild beeinträchtigt ist oder bei Menschen, die bei der Bewältigung physischer Behinderungen emotionaler Unterstützung bedürfen. Wie bereits dargestellt, beeinflusst das Körperbild die Selbstwertschätzung eines Menschen sowie dessen Selbst (King 1981: 78). Die Patienten schliessen aus den verbalen und besonders den nonverbalen Mitteilungen der Pflegekraft, wie weit diese sich ihnen zuwendet. King hebt hier erneut hervor, dass die Berührung als eine Form der nonverbalen Kommunikation für die Entwicklung des Selbstbewusstseins und für die Entwicklung des Konzepts des Selbst in Interaktionen mit Menschen wesentlich ist.

Die Kommunikation ist danach das Vehikel, durch welches zwischenmenschliche Beziehungen entwickelt und aufrechterhalten werden. King differenziert zwischen intra- und interpersonaler Kommunikation in einer räumlich-zeitlich gebundenen Umwelt. Weiter unterscheidet sie einen informatorischen Aspekt der Kommunikation und Interaktion und einen wertmässigen. Letzterer wird mit dem Konzept der Transaktion erfasst. Beide Aspekte der Kommunikation werden von der Wahrnehmung der Interaktionsteilnehmer beeinflusst. Von daher gilt es, eine Kongruenz der Wahrnehmung anzustreben, um den Fortgang der Kommunikation und damit die Zielerreichung zu ermöglichen (s. King 1981: 79). Das Besondere bei den menschlichen Interaktionen in der Pflegekraft-Patient-Beziehung ist die Möglichkeit des Erreichens von Zielen. Den damit verbundenen Vorgang beschreibt King mit dem schon mehrfach erwähnten Begriff *Transaktion*²⁴. Transaktion ist

²⁴ Diesen Begriff entlehnt sie zum einen von Dewey/Bentley (s. Boydston: 1989/2008: 100ff), die in diesem Zusammenhang drei Ebenen der Organisation und Präsentation von Erkundungen/Untersuchungen unterscheiden: 1. *Selbstbezogenes Handeln* (self-action): hier werden die Dinge so gesehen, dass sie aus eigenen Kräften heraus resultieren; 2. *Interaktion*: hier werden Dinge gegen andere Dinge in einer kausalen Beziehung abgewogen und 3. *Transaktion*: hierbei geht es um Handlungsprozesse, in denen Menschen als integrale Bestandteile in einer sich zeitlich und räumlich ausdehnenden Umwelt handeln (s. Dewey/Bentley in Boydston 1989/2008: 128). Zum anderen bezieht King sich auf Littleton/Cantril, wonach Transaktion eine doppelte Implikation beinhaltet: 1. treten alle in einer Situation involvierten Teile in diese als aktive Teilnehmer ein, 2. verdanken sie dieser aktiven Partizipation ihre Existenz und zwar so, wie sie in der Situation aufeinanderstoßen, und erscheinen dort nicht als bereits existierende Einheit, die bloß mit anderen interagiert, ohne in ihrer jeweiligen Identität beeinflusst zu werden (s. King 1981: 81).

„[...] der Prozess innerhalb einer Interaktion, in welchem Menschen mit ihrer Umwelt zur Erreichung von Zielen kommunizieren, die sie als wertvoll bzw. erstrebenswert erachten. Transaktionen sind zielgerichtete menschliche Verhaltensweisen. Wenn A etwas von B möchte oder einen Bedarf an etwas hat und X und Y hier die Variablen sind, dann wird X von A an B gegeben und Y von B an A und es kommt zwischen A und B zu einem Austausch von Materialien oder Dienstleistungen. Dieser Austausch, welcher sich im Rahmen der Interaktion vollzieht, unterstützt beide bei der Erreichung von Zielen. Transaktionen werden von Menschen wertgeschätzt, wenn sie die Ziele als sinnvoll und deren Erreichung als lohnenswert betrachten. Wenn es zu Transaktionen gekommen ist, reduzieren sich situationsspezifische Spannungen und Stress" (King 1981: 82).

Auf die Pflege bezogene Transaktionen finden in der Interaktion zwischen der Pflegekraft und dem Patienten statt. Eine solche Interaktion zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient mit einem bestimmten pflegerischen Bedarf in Interaktion mit einer Pflegekraft tritt und diese dem Patienten als Professionelle mit einem bestimmten Wissen, mit Fähigkeiten und Fertigkeiten begegnet, um seinem pflegerischen Bedarf zu entsprechen. Was nun die Transaktion angeht, so sind die jeweiligen Werthaltungen²⁵ seitens des Patienten und der Pflegekraft für den Vollzug einer Transaktion von besonderer Bedeutung. In der Interaktion kommen die Konzepte *Wahrnehmung*, *Kommunikation* und *Transaktion* zum Tragen. Weiter werden Interaktionen von der Ausübung sozialer Rollen, den Erwartungen an bestimmte Rollen und schliesslich von kognitiven Prozessen beeinflusst (King 1981: 83f).

Nach King besteht der primäre Zweck pflegerischer Interaktionen darin, den Menschen bei der Bewältigung seiner gesundheitlichen Probleme zu unterstützen. Kommt es hierbei zu einer Identifikation mit den vom Patienten angestrebten Ziel, kann die pflegerische Interaktion als zielgerichtet charakterisiert und eine positive zwischenmenschliche Beziehung mit dem Patienten aufgebaut werden. In der Pflege sind wechselseitig bedingte Interaktionen anzustreben, in denen das Handeln des einen dasjenige des anderen beeinflusst. Eine so geartete Beziehung erfordert die beiderseitige Partizipation. Im Mittelpunkt der pflegerischen Interaktionen stehen die Bedürfnisse/Erfordernisse und das Wohlbefinden des zu Pflegenden. Diese Erfordernisse leiten sich aus den Aktivitäten des Lebens und aus den Erfordernissen der gegebenen Situation ab. Sie können in Anlehnung an das **RLT-Modell** als ‚aufrechtzuerhaltende Gewohnheiten‘²⁶ bzw. ‚Routinen in den einzelnen AL konkretisiert werden, die wiederum Hinweise auf das Selbst und das Körperbild des zu pflegenden Menschen liefern. Mittels Kommunikation und Beobachtung ermittelt die Pflegekraft den pflegerischen Bedarf und interpretiert und validiert die gewonnenen Informationen gemeinsam mit dem Patienten. Im Sinn der Theorie der Zielerreichung versucht die Pflegekraft, den Patienten zur aktiven Teilnahme an der Pflege zu gewinnen, um so mit ihm gemeinsam den Pflegebedarf und die daraus abzuleitenden Ziele zu bestimmen. In diesem Prozess lernen die Beteiligten etwas über sich selbst und über die Entscheidungsfindung, was sich auf beide, primär jedoch auf den Patienten positiv auswirkt. Die getroffenen Entscheidungen haben Auswirkungen darauf, wie dem Patienten bei der Bewältigung der gegenwärtigen Situation geholfen wird. In diesem Prozess, bestehend aus einer Vielzahl von Interaktionen, können die Beteiligten sich weiterentwickeln. Sie bringen sich mit ihren jeweiligen Bedürfnissen, Zielen und Erwartungen in den Prozess ein (King 1981: 86).

An anderer Stelle weist King (1981: 87) darauf hin, dass die Pflegekraft aufgrund ihres spezifischen Wissens verpflichtet ist, die Bedeutungen der Verhaltens- und Handlungsweisen des Patienten zu erkunden. In der wechselseitig abhängigen Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient bringt die Pflegekraft nicht nur sich selbst als ganzen Menschen ein, sondern hat prinzipiell die Chance, etwas über sich und das Leben zu erfahren. In diesen Interaktionen beurteilen die beteiligten Personen die Situation sowie die daran Beteiligten. Sie treffen aufgrund

²⁵ King (1981: 83) spricht hier von ‚value-orientation patterns‘.

²⁶ Dies sollte nicht als etwas Absolutes verstanden werden, sondern es geht darum, die Gewohnheiten im Rahmen der Möglichkeiten des Patienten neu auszurichten. Auch wenn dies sehr wohl mit Veränderungen in den Aktivitäten einhergehen kann, wird damit die ‚relative Aufrechterhaltung‘ ermöglicht, was für das Selbst und das Körperbild eines Menschen wichtig ist.

ihres Urteils bzw. ihrer Schlussfolgerungen Entscheidungen. In solchen Interaktionen werden sich die daran beteiligten Menschen ihrer selbst sowie ihrer Sicht auf andere Menschen und Situationen bewusst.

Für die Analyse der Pflegekraft-Patient-Interaktion erachtet King (1981: 88) folgende Variablen als wesentlich:

- den Ort (z.B. das Krankenhaus), wo die Transaktionen stattfinden
- die Wahrnehmungen der Pflegekraft und des Patienten
- die Kommunikation von Pflegekraft und Patient
- die Erwartungen von Pflegekraft und Patient
- die gegenseitigen Ziele von Pflegekraft und Patient
- Pflegekraft und Patient als System aufeinander bezogener Rollen in einer Pflegesituation.

Damit ist ein weiteres Konzept des interpersonalen Systems genannt, und zwar das der Rolle. In der jeweiligen Rolle, sei es in der des Patienten oder der Pflegekraft, setzen sich die betreffenden Menschen mit anderen Menschen in Beziehung. Die Pflegekräfte müssen nach King Wissen hinsichtlich ihrer Rolle als Professionelle erwerben, damit sie in der Lage sind, ihre Aufgaben wahrzunehmen. Sie sind aber auch auf Wissen über Rollenverhalten ganz allgemein angewiesen, da das Selbst eines Menschen in den von ihm ausgeübten sozialen Rollen zum Ausdruck kommt (King 1981: 94f). An anderer Stelle führt sie hierzu aus:

„[...] role is an important concept that begins with knowledge of self. A concept of role implies self in relation to another as well as a position in an organization. Knowledge of the concepts is essential for nurses to understand self and interactions with relevant other, the environment, and the variety of interpersonal and social systems in which individuals grow, develop, work, live and die" (King 1989b: 39).

Hinsichtlich der Rollen²⁷ muss unterschieden werden, wozu die jeweilige Rolle benutzt wird - zur Selbstdarstellung oder um sich dahinter zu verstecken. Zudem sind verschiedene mit Rollen verknüpfte Aspekte sowie die mit ihnen verbundenen und möglicherweise innewohnenden Konflikte zu beachten. Diese können zu Spannungen und Stress führen. Stress ist King zufolge eine Energie, die in menschlichen Interaktionen als Antwort auf Stressoren, seien es Menschen, Objekte oder irgendwelche Ereignisse, auftritt. Im Folgenden soll geprüft werden, welche Rolle dem Konzept des Selbst im sozialen System zukommt.

7.2.3 ZUM KONZEPT DES SELBST IM SOZIALEN SYSTEM

Die für das personale und das interpersonale System als wichtig erachteten Konzepte bilden die Grundlage für die ‚Theorie der Zielerreichung‘. Weitere Bausteine sind die innerhalb des sozialen Systems diskutierten Konzepte *Organisation, Autorität, Macht, Status* sowie *Entscheidungsfindung*. Auch diese Konzepte sollen hier lediglich in Bezug auf das Konzept des Selbst betrachtet werden.

Unter dem Begriff ‚soziales System‘ kann z.B. eine Familie, das Gesundheitssystem oder eine religiöse Gemeinschaft gefasst werden (s. King 2001: 278). Ein für die Pflege bedeutsames System ist die Familie. Hier werden wichtige Aspekte im Zusammenhang mit Pflege und Gesundheit vermittelt. Ein anderes für die Pflege wichtiges System ist das Gesundheitswesen und als Teil desselben das Krankenhaus. Unter einem sozialen System versteht sie:

„[...] an organized boundary system of social roles, behaviors, and practices developed to maintain values and the mechanisms to regulate the practices and rules. Certain structural elements are defined in the type of formal and informal organization. Within the organization, certain functional elements are defined as prescribed roles, position, lines of authority and communication" (King 1981: 115).

Organisationen sind soziale Systeme, die spezifische Ziele verfolgen. Nach King (1989b: 36) ist die Zielerreichung eines der wichtigsten Ergebnisse sozialer Einheiten, die wiederum die informellen und formellen Strukturen einer Organisation widerspiegeln. Sie vertritt die Auffassung, dass innerhalb des organisatorischen Umfelds soziale Kräfte wirken, die zur Formung und Entwicklung persönlicher Eigenschaften und Gewohnheiten beitra-

²⁷ King erwähnt in diesem Zusammenhang u.a. auch Mead.

gen. Was nun das Verständnis von Organisationen aus einer systemtheoretischen Perspektive angeht, so können die angesprochenen Konzepte in einen Zusammenhang gebracht werden. Es lassen sich folgende Merkmale einer Organisation bestimmen:

1. Individuen, Strukturen, Rollen, Normen und die physische Umwelt
2. Beziehungen, die zwischen Organisationseinheiten und einzelnen Mitgliedern der Organisation bei der Erreichung von Organisationszielen bestehen
3. Informations- und Kommunikationsprozesse
4. Wachstum und Lebensfähigkeit mittels Feedback
5. Entscheidungsfindung, Umsetzung der Entscheidungen und Bewertung (s. King 1981: 118).

Mit Strukturen werden nach King Aufgaben bzw. Funktionen assoziiert, die wiederum auf Rollen, Positionen und auszuführende Tätigkeiten verweisen. Die Aufgabe eines Krankenhauses²⁸ ist ganz allgemein die Vorhaltung von gesundheitlichen Dienstleistungen und entsprechenden materiellen Ressourcen. Das Ziel eines Krankenhauses lässt sich allgemein als Wiederherstellung von Gesundheit umschreiben. Bei der Erreichung dieses Ziels ist die Organisation Krankenhaus auf den Sachverstand der in ihr tätigen Mitglieder der verschiedenen Berufsgruppen angewiesen. Die Aufgaben und menschlichen Ressourcen einer Organisation stehen in Beziehung zu deren jeweiligen Zielen. King vertritt in Analogie zum personalen und interpersonalen System die Auffassung, dass die in einer Organisation Beschäftigten zufriedener und leistungsfähiger sind, wenn sie an den Entscheidungen bezüglich der organisatorischen Ziele und der zu ihrer Erreichung einzusetzenden Mittel beteiligt werden. Insofern kommt dem Konzept der Entscheidungsfindung eine herausragende Stellung innerhalb des sozialen Systems zu.

Auch wenn King bei der Darstellung der Konzepte *Organisation*, *Autorität*, *Macht*, *Status* und *Entscheidungsfindung* keine direkten Bezüge zum Konzept des Selbst herstellt, gibt es solche. Organisationen sind von Menschen geschaffene Gebilde. Das Wissen, wie eine Organisation als soziales System funktioniert und wie dieses soziale System auf das Handeln Einzelner und von Gruppen einwirkt, ist für eine leistungsfähige zielorientierte Pflege die Voraussetzung dafür, entsprechende Entscheidungen fällen zu können. Bezogen auf den zu pflegenden Menschen wird seine Fähigkeit, für die eigene Pflege aufzukommen, durch die in der jeweiligen Familie vorherrschenden Vorstellungen mitgeformt. Das betrifft auch die Frage, welche pflegerischen Aufgaben vom Einzelnen selbsttätig übernommen werden und welche davon an bestimmte Familienmitglieder delegiert werden. Im Fall einer Krankheit und einer ggf. damit einhergehenden Pflegebedürftigkeit kann das in einer Familie eingespielte Arrangement der Erledigung der erforderlichen Pflegeaufgaben ins Wanken geraten und muss auf eine veränderte Situation ausgerichtet werden. Kenntnisse davon, wer welche Rolle in Bezug auf die Pflege oder auf Aspekte der Pflege einzelner Familienmitglieder übernimmt, wer im Falle einer Pflegebedürftigkeit welche Aufgaben durchführt, wer welche Entscheidungen trifft, welche Mittel für die Pflege zur Verfügung stehen und welchen Aspekten der Pflege in einer Familie ein hoher Stellenwert beigemessen wird (z.B. tadelloses Aussehen, ausgeglichenes Wesen etc.), sind ebenso wichtig wie eine ungefähre Kenntnis davon, welche Auswirkungen diese Dinge auf das Selbst, das Selbstkonzept und das Körperbild haben²⁹. Wenn auf die Kingsche Diskussion des Konzepts der Rolle zurückgegriffen wird, kommt innerhalb des Krankenhauses als sozialem System das Selbst der Pflegekraft, in der professionellen Rolle dieser Pflegekraft zum Ausdruck. Es zeigt sich in der Art und Weise, wie die Pflegekraft ihre professionellen Ziele mit denen der jeweiligen sozialen Organisation in Einklang bringt. Zudem wird das berufliche Selbstkonzept der Pflegekraft über die in der Organisation herrschenden Vor-

²⁸ King hat in zwei Artikeln (1989b, 2006) illustriert, wie ihr konzeptuelles System, die Theorie der Zielerreichung sowie das Prozessmodell der Transaktion als theoretischer Bezugsrahmen zur Organisation der pflegerischen Versorgung genutzt werden können.

²⁹ In den Fokus geraten eigentlich nur Neugeborene, Kleinkinder und Kinder, chronisch Kranke sowie alte Menschen. Über die vorhandenen Pflegekompetenzen von Familien oder Lebensgemeinschaften ist relativ wenig bekannt. Über die Belastungen, denen Familien bei der Pflege chronisch kranker Familienangehöriger ausgesetzt sind, liegt inzwischen recht viel Wissen vor.

stellungen von Pflege und Rollenerwartungen geprägt (s. King 1989b, King 2006). Eine kritische Größe in diesem Zusammenhang ist die Organisation der direkten Pflege und die Frage, inwieweit diese eine wirkungsvolle Pflege ermöglicht. Hiervon hängt ab, welche pflegebezogenen Ziele der Patient im Rahmen seiner persönlichen Möglichkeiten und im Rahmen der objektiven Möglichkeiten des Krankenhauses³⁰ erreichen kann. Darüber hinaus geben diese Konzepte im Zusammenhang mit dem Konzept des Selbst wichtige Hinweise auf eine handlungstheoretische Theorie des Pflegemanagements.

Aus dem konzeptuellen System, d.h. aus den drei offenen, miteinander interagierenden (personalen, interpersonalen und sozialen) Systemen und den diesen Systemen zugeordneten 15 Konzepten leitet King die ‚*Theorie der Zielerreichung*‘ ab. Diese soll hier primär mit Blick auf das Selbst skizziert werden, um zu prüfen, wie die entsprechenden Einsichten für eine handlungstheoretische Fundierung des RLT-Modells genutzt werden können.

7.3 ZUM KONZEPT DES SELBST IN DER THEORIE DER ZIELERREICHUNG

Im Mittelpunkt der Theorie der Zielerreichung steht das interpersonale System unter Anerkennung des Umstands, dass sowohl das personale wie das soziale System Einfluss auf die Qualität der gesundheitlichen und somit auf die pflegerische Versorgung haben. Die Schwerpunktsetzung auf das interpersonale System erfolgte laut King (1989a: 154f) deshalb, weil im interpersonalen System genau das geschieht,

„[...] what we do with and for individuals in the role of nurse that makes the difference between nursing and any other health profession. This does not discount knowledge from other sciences as essential, but this does focus on holism - that is, the total human being's interactions with another total human being in a specific situation. The goal for nursing has been identified as helping individuals maintain a state of health. Although the primary point of interest in the theory relates to interpersonal systems of an individual in the role of caregiver and an individual in the role of the recipient of care, the goals to be attained relate to the individual receiving the care. The care is provided in a health care system within society or in the home of an individual“.

Das Anliegen der Theorie ist es, Pflegekraft-Klient-Interaktionen zu beschreiben, die zur Zielerreichung führen. Hierbei bezieht sich Gesundheit als explizites Ziel der Theorie auf den einzelnen Menschen, auf Gruppen und auf die Gesellschaft (King 1989a: 155). Die zielgerichteten Interaktionen zielen auf einen Standard pflegerischer Praxis ab,

„in welchem Pflegekräfte bewusst mit Klienten in Beziehung treten, um mit ihnen wechselseitig Ziele zu erarbeiten und um mit ihnen Mittel der Zielerreichung zu erkunden sowie sich darauf zu verständigen. Diese wechselseitige Zielsetzung erfolgt auf der Grundlage der Einschätzung der Probleme und der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klienten einschließlich seiner Wahrnehmung der Probleme sowie auf der Basis des wechselseitigen Austauschs von Informationen, um sich den Zielen anzunähern“ (King 1981: 142f).

Die Pflege wird demzufolge als ein Prozess menschlicher Interaktion zwischen Pflegekraft und Klient definiert, wobei beide Beteiligten den jeweils anderen und die Situation wahrnehmen (s. auch Sieloff 2006: 302). Die Pflege umfasst verschiedene Formen des Handelns wie z.B. Wahrnehmen, Denken, In-Beziehung-Treten, Beurteilen und unmittelbar auf den Menschen bezogenes Handeln von Angesicht zu Angesicht. Die Pflege von Patienten, d.h. die pflegerische Situation, findet in einer bestimmten Umgebung und in einer räumlich-zeitlichen Wirklichkeit statt. Der Patient und die Pflegekraft gehen aufgrund der Anliegen des Patienten eine Beziehung ein, um jene in irgendeiner Form zu bewältigen (s. King 1995c: 27). Mittels Kommunikation verständigen sie sich über

³⁰ Es liegt auf der Hand, dass der Handlungsspielraum einer Pflegekraft je nach vorhandenen Ressourcen (Zeit, Personal, Ausstattung, Räumlichkeiten) und je nach ihren persönlichen/beruflichen Kompetenzen enger oder weiter gefasst sein kann. Bei einer Sicht von Pflege als ‚reinem Kostenfaktor‘ anstelle einer Wert schaffenden Größe kann davon ausgegangen werden, dass der Handlungsspielraum eher eng sein wird. Hierbei werden aber Potenziale der Pflege ausgeblendet statt erkannt und anerkannt, ganz zu schweigen von den Folgen für die Patienten, deren Möglichkeiten durch einen engen Pflegebegriff beschnitten, wenn nicht gar systembedingt ‚zerstört‘ werden. Ein solcher Pflegebegriff ignoriert das inzwischen vorliegende Wissen über pflegerische Phänomene.

anzustrebende Ziele und über die hierfür erforderlichen Mittel. Sie handeln beides im Rahmen dieser Beziehung aus. Wie diese verläuft und zu was sie führt, kann an dem Verhalten der Interaktionspartner abgelesen werden:

1. am Erkennen der gegenwärtigen Bedingungen, etwa eines Gesundheitsproblems, eines sozialen Problems oder menschlichen Anliegens
2. an den Handlungen, die in Hinblick auf die Situation bzw. entsprechend den Bedingungen ergriffen werden, z.B. Entscheidungen über Ziele
3. an der Motivation, die Kontrolle über die Ereignisse zu gewinnen, um Ziele zu erreichen, z.B. eine Einigung auf die Mittel zur Zielerreichung (King 1981: 144).

Für diese Theorie wurden Konzepte aus dem interpersonalen System und dem personalen System abgeleitet: *Interaktion, Wahrnehmung, Kommunikation, Transaktion, Selbst, Rolle, Stress, Wachstum und Entwicklung, Zeit, Raum*³¹ (King 1981: 144)

Nach King (s. 1981: 143) sind Menschen soziale, empfindungsfähige, rationale, reagierende, wahrnehmende, kontrollierende, zweckorientierte, handlungs- und zeitorientierte Wesen. In der Theorie der Zielerreichung geht sie bezüglich der Pflegekraft-Klient-Interaktionen von folgenden Annahmen aus:

- „die Wahrnehmungen der Pflegekraft und des Klienten haben Einfluss auf den Prozess der Interaktion
- die Ziele, Bedürfnisse und Wertvorstellungen der Pflegekraft und des Klienten haben Einfluss auf den Prozess der Interaktion
- die Menschen haben das Recht, etwas über sich zu erfahren
- die Menschen haben das Recht, an Entscheidungen beteiligt zu werden, die ihr Leben, ihre Gesundheit und die Gemeinschaft betreffen
- die Menschen haben das Recht, die gesundheitliche Versorgung zu akzeptieren oder abzulehnen
- die Ziele der Gesundheitsberufe müssen nicht mit den Zielen der Empfänger der Gesundheitsversorgung übereinstimmen“ (King 1981: 143f).

Welche Bedeutung sie dem Konzept des Selbst in ihrer Theorie der Zielerreichung beimisst, zeigen die nachstehenden Textpassagen. Hier heisst es, das Selbst

„emerges in the process of growth and development through the life span, which is influenced by time and space. A concept of self influences one's perceptions, and one's perception help develop a concept of self“ [...].

„Perception, self, growth and development, time and space influence role conception, role taking, role expectations and role performance. Knowledge of these concepts help nurses begin to understand self and the behaviors of other individuals“ (King 1981: 142).

Das Konzept des Selbst scheint in allen hier behandelten Konzepten mehr oder weniger direkt durch. Dies kann aus dem Blick geraten, da die Vorstellung vom Menschen als personalem System eine technische bzw. abstrakte Sprache mit sich bringt, die dazu verleiten kann, vom Menschen als handelndem Subjekt und als Objekt menschlicher Handlungen zu abstrahieren. Dieser Gefahr versucht King zu entgehen, indem sie stets hervorhebt, dass sich die Pflegekraft und der Patient in einer Pflegesituation als Menschen begegnen. Sie

„nehmen die Welt als ganze Menschen wahr und machen Transaktionen mit anderen Menschen und Dingen ihrer Umwelt. Die Wahrnehmung findet in der konkreten Welt eines Menschen statt und ist ein wesentlicher Bestandteil des Lebens. Zu Transaktionen kommt es in Lebenssituationen, wo der Wahrnehmende und das Wahrgenommene zusammentreffen und in die die Beteiligten als aktive Teilnehmer eintreten und in welchen sich jeder von ihnen im Laufe der Erfahrungen verändert“ (King 1981: 141f).

Die Interaktion zwischen Pflegekraft und Klient beinhaltet die verbale und die nonverbale Kommunikation. Wie wiederholt erwähnt, tauschen sie wechselseitig Informationen aus und interpretieren diese. Zu Transaktionen kommt es, wenn beide ihre Werte, ihre Bedürfnisse und Wünsche miteinander teilen. Bei diesem Vorgang kommt wiederum der Wahrnehmung eine wichtige Funktion zu, da die Teilnehmer sich selbst und die Situation

³¹ Die Aufzählung der Konzepte erfolgt in den verschiedenen Veröffentlichungen nach 1981 in unterschiedlicher Reihenfolge, was vermuten lässt, dass sie nicht nach ihrer Bedeutung aufgeführt sind.

in ihrer jeweiligen Rolle als Pflegekraft bzw. Klient wahrnehmen (s. King 1981: 144). Transaktionen sind dynamische, von mehr oder weniger bewussten Werten gestützte Handlungen von Menschen, durch die diese miteinander kommunizieren, die jeweilige Situation beurteilen und innerhalb ihres persönlichen Wahrnehmungsfelds Entscheidungen fällen (s. King 1988: 24). Der Begriff Transaktion verweist auf die wechselseitige Abhängigkeit zwischen Pflegekraft und Patient. Die Pflegekraft ist auf den Patienten angewiesen und kann nur Ziele anstreben, die in seinem Interesse sind und aus der Sicht des Patienten formuliert werden und die er handlungsmäßig imstande ist zu realisieren (s. auch King 1995b: 80). Im Zentrum der Theorie der Zielerreichung stehen die Prozesse und die Ergebnisse der Zielerreichung (s. auch King 1989b, 2006, 2007 a).

Das Selbst, gedacht als personales System, ist eine einheitliche und ganzheitliche Person, die wahrnimmt, denkt, wünscht, imaginiert, entscheidet, Ziele bestimmt und Mittel der Zielerreichung auswählt usw. (s. Pkt. 7.2.1). Das Konzept des Selbst und das der Rolle sind im Handeln aufeinander bezogen. So nimmt eine Pflegekraft ihre Rolle nach ihren persönlichen Möglichkeiten wahr. Ihr Handlungsspielraum wird jedoch gesellschaftlich und durch die Organisation der Pflege mitbestimmt. King (1981: 147) schreibt

„die Rolle wird hier als eine Reihe von Verhaltensweisen verstanden, die von Menschen erwartet werden, welche innerhalb eines sozialen Systems eine bestimmte soziale Position einnehmen; Rechte und Pflichten einer Position werden von Regeln vorgegeben. [...] Die Rolle der Pflegekraft wird durch die Aufgaben bestimmt, die von professionellen Pflegekräften aufgrund ihres Wissens, ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten und ihrer professionellen Werte erwartet werden“.

Der zwischen Pflegekraft und Patient ablaufende Pflegeprozess wird in der Theorie der Zielerreichung als ein aus menschlichen Handlungen, Reaktionen und Interaktionen bestehender Prozess beschrieben (s. King 1981, 1989a, 1989b, 1995a,b). Hierbei handelt es sich um einen dynamischen fortlaufenden interpersonalen Prozess. Dieser ist nicht allein auf die Problemlösung beschränkt, sondern er ist vor allem ein *kommunikativer Interaktionsprozess*, in welchem sich Pflegekraft und Patient wechselseitig beeinflussen. Der Pflegeprozess ist ein aus verschiedenen Prozessen (z.B. Wahrnehmungsprozesse, Informationsverarbeitungsprozesse) bestehender Handlungsprozess (s. Daubenmire/King 1973). In diesem Prozess besteht die Aufgabe der Pflegekraft in der Einschätzung des Klienten, in der Nutzung der gewonnenen Informationen für die Zielsetzung, in der Umsetzung der zur Zielerreichung erforderlichen Mittel und in der Bewertung der Ziele (s. King 1981: 147). Der in der nachstehenden Abbildung 7.2 dargestellte Prozess kann auch zur Beschreibung anderer Interaktionen, etwa zwischen zwei Pflegekräften, zwischen einer Pflegekraft und einer Führungskraft, einer Pflegekraft und einem Arzt etc., angewandt werden (s. King 1989b: 40, 2006). In all diesen Interaktionen kommt das Selbst der beteiligten Personen in unterschiedlichem Ausmaß zum Tragen.

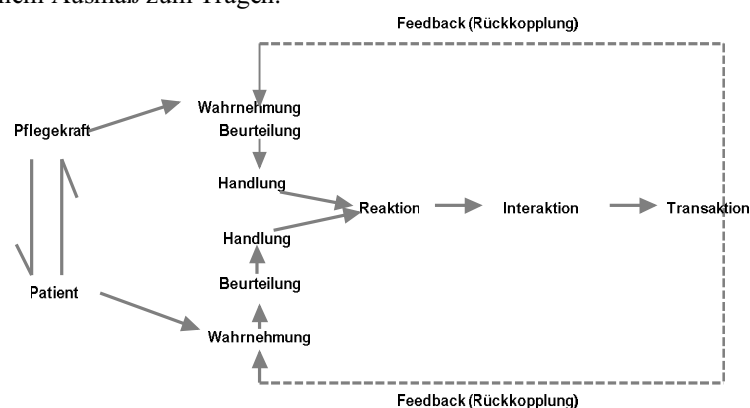


Abb. 7.2: Ein Modell des Prozesses menschlicher Interaktionen, das der Theorie der Zielerreichung zugrundeliegt (nach King 1995b: 76)

Die in diesem Prozess anfallenden Aufgaben und die Vielzahl verschiedener Tätigkeiten mit unterschiedlichen Komplexitätsgraden fordern den Pflegekräften Wissen, Geschicklichkeit und eine Reihe von Techniken ab. King (1989b: 40) hebt mit Blick auf die Theorie der Zielerreichung zwei zentrale Fähigkeiten/Fertigkeiten von Pfl-

gekräften hervor, darunter die Fähigkeit der *Beobachtung und Einschätzung*. Die so gewonnenen Informationen sind ausschlaggebend für den Handlungsverlauf der Pflege und für die zu treffenden Entscheidungen. Damit ist die zweite wichtige Fähigkeit genannt, die *Fähigkeit zur Entscheidungsfindung*. Diese wird in der Theorie der Zielerreichung als eine **kooperative Fähigkeit** gedacht, insofern der Patient aktiv einbezogen wird. Die Entscheidungsfindung als eine gemeinsam geteilte Aktivität setzt die Zusammenarbeit zwischen Pflegekraft und Klient oder Pflegekraft und anderen Personen voraus. Ob die Zusammenarbeit zwischen Pflegekraft und Patient funktioniert, zeigt sich in der wechselseitigen Zielsetzung. Diese stellt die unabhängige Variable in der Theorie der Zielerreichung dar. Sie wird von King (1989b: 41) auch als Prozessvariable bezeichnet. King (1981: 150f) hat folgende Definitionen von Transaktionen in pflegerischen Situationen induktiv aus im Krankenhaus gewonnenen Beobachtungsdaten von Pflegekraft-Patienten-Interaktionen hergeleitet:

- Von einem der Beteiligten in einer Pflegesituation wird eine Handlung initiiert, z.B. ein Patient stellt eine Frage an die Pflegekraft (die Frage kann das Anliegen direkt ansprechen, dies muss aber nicht der Fall sein)
- hierauf reagiert die Pflegekraft (z.B. mit einer Antwort, mit einer Verständnisfrage etc.)
- das Problem oder Anliegen wird erkannt (z.B. die Sorge des Patienten, beim Aussteigen aus dem Bett zu fallen)
- zwischen Patient und Pflegekraft werden Ziele ermittelt (hier, wie der Sorge des Patienten begegnet werden kann, dazu kann es erforderlich sein, das Anliegen tiefer zu erkunden, um das Ausmaß der Sorge zu verstehen), d.h. Pflegekraft und Patient verständigen sich auf ein Ziel bzw. auf Ziele
- dann werden die Mittel, über die das Ziel/die Ziele erreicht werden können, von einem der Beteiligten (Pflegekraft) erkundet (sie prüft etwa, ob die Klingel funktioniert, ob Hilfsmittel sinnvoll sind, ob die einmalige oder wiederholte Anwesenheit beim Aufstehen Sicherheit verleiht etc.)
- es erfolgt eine Verständigung auf diese Mittel, d.h. der Patient erklärt sich damit einverstanden oder beide handeln entsprechende Mittel aus (z.B., dass von den verschiedenen Möglichkeiten eine oder zwei ausprobiert werden); auf dieser Basis können sich beide auf das angestrebte Ziel zu bewegen
- Transaktionen finden statt, Ziele werden erreicht (s. King 1981:150f;155f).

Ob Transaktionen stattgefunden haben, kann nach der Art und Weise beobachtet werden, wie sich Menschen in ihrer Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt (Pflegesituation in einem Krankenhaus, im Heim oder Zuhause) verhalten (s. King 1981: 147). Dies kann aus ihren Handlungen geschlussfolgert werden. Dabei ist wichtig, dass sich Transaktionen auf die wertsetzende Komponente der menschlichen Interaktion beziehen. Es geht um das, was in einer spezifischen Situation für den zu pflegenden Menschen wichtig ist. Bezogen auf das obige Beispiel könnte dies ein ‚*Gefühl von Sicherheit*‘ sein. Dieses vom Patienten mehr oder weniger bewusst verfolgte Ziel kann von ihm und der Pflegekraft auf verschiedene Art und Weise angestrebt werden. Für die Pflegekraft könnte aufgrund ihrer Wahrnehmung der Situation und des Patienten oder aufgrund des Verständnisses ihrer Rolle etwas anderes wichtig sein. Es liegt auf der Hand, dass in einer solchen Situation zunächst einmal für beide klar werden muss, worum es konkret geht. So kann dem Patienten das Gefühl der Sicherheit in der fremden Umgebung des Krankenzimmers oder aufgrund des nicht verstellbaren Krankenhausbetts abhanden gekommen sein. Es kann aber auch sein, dass er sich aufgrund eines verordneten Medikaments und des dadurch erzeugten Schwindelgefühls unsicher fühlt. Damit Transaktionen zustande kommen, müssen sich die Pflegekraft und der Patient über seine Intentionen austauschen. Dies kann einen Aushandlungsprozess zur Folge haben. An dieser Stelle muss aber auch gesagt werden, dass es in pflegerischen Situationen nicht immer zu Transaktionen kommt. Diese setzen Arbeit von seiten der Pflegekraft und des Patienten voraus.

Transaktionen setzen also nach King eine *wechselseitige Zielsetzung* zwischen Pflegekraft und Patient voraus. Hierbei müssen die zwischen Pflegekraft und Patient ausgehandelten Ziele am jeweiligen Patienten ausgerichtet sein. Sie orientieren sich auf das tägliche Leben und die hier ablaufenden alltäglichen Aktivitäten des zu pflegenden Menschen. Dies ist wichtig, damit er oder sie das jeweilige Ziel auf sich selbst beziehen und in sein/ihr Handeln integrieren kann. So gesehen muss das Ziel mit den Möglichkeiten des zu pflegenden Menschen korrespondieren. Damit Patient und Pflegekraft sich auf ein von ihm bzw. ihr zu erreichendes Ziel verständigen

können, überprüft die Pflegekraft das hierzu vorliegende Wissen und die Fähigkeiten des Patienten. Sie fördert seine Entscheidungsfähigkeit, in dem sie ihm ggf. das erforderliche Wissen und die Fähigkeiten vermittelt. Das patientenbezogene Outcome der Pflege spiegelt sich im erreichten Grad der mit dem Patienten vereinbarten Ziele wieder. Sie sollten nach King zielorientiert, realistisch und messbar sein, damit sie einer Bewertung unterzogen werden können.

Die wichtigen Eckdaten des Prozessmodells der Transaktion sind: Handeln, Reaktionen, Störungen, wechselseitige Zielsetzung, Erkundung von Mitteln der Zielerreichung, Herstellen einer Verständigung über anzustrebende Ziele und schließlich die Transaktionen. Es umfasst den gesamten Handlungsprozess, soweit er zu Transaktionen in pflegerischen Situationen führt. Das Modell kann mit der Methode des Pflegeprozesses verknüpft werden. Es liefert eine theoretische Begründung des Pflegeprozesses, wohingegen Yura/Walsh (1988) den Pflegeprozess als methodisches Vorgehen im Sinne aufeinander bezogener Handlungen beschreiben. Wie beides nach King (1989b) aufeinander bezogen werden kann, geht aus Tabelle 7.3 hervor:

Tab. 7.3 Zusammenhang zwischen Theorie und Methode nach King 1989b: 41)

Pflegeprozess als Methode /Yura/Walsh 1988	Pflegeprozess als Theorie nach King (1989b)
Ein System aufeinander bezogener Handlungen	Ein System aufeinander bezogener Konzepte
<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzen • Planen • Durchführen • Bewerten 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung von Pflegekraft und Patient • Kommunikation von Pflegekraft und Patient • Interaktion von Pflegekraft und Patient • Entscheidungsfindung über Ziele • Den Mitteln zur Zielerreichung zustimmen • Vollzogene Transaktionen • Zielerreichung (falls nein, warum nicht?)

Der Pflegeprozess als Methode ist Gegenstand der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften. Seine Anwendung gehört zum Standard pflegerischer Praxis. Allerdings setzt die Anwendung dieser Methode nach King (1981: 9f) Wissen über menschliches Verhalten ganz allgemein und insbesondere in Bezug auf stressbetonte Situationen voraus. Darüber hinaus sollten Pflegekräfte, wenn sie sich dieser Methode bedienen, über verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen. Im pflegerischen Prozess erfolgt die Entscheidungsfindung entsprechend der Theorie der Zielerreichung auf der Basis der Partizipation des Patienten, auf der Basis eines gegenseitigen Informationsaustauschs und einer Zusammenarbeit zwischen Patient und Pflegekraft. Erst dies schafft die Voraussetzung, um sich auf gemeinsame Ziele zu verständigen und damit für Transaktionen zuentscheiden. Die in den Transaktionen realisierten Ziele sind Zwischenziele, die einen Zweck beabsichtigen, den King allgemein mit ‚Gesundheit‘ umschreibt. Das Verfolgen von Gesundheit als übergeordnetes Handlungsziel fordert das Selbst von Pflegekraft und Patient heraus. Die Dynamik des Lebens, der sozialen Umwelt und etwaige Änderungen im Gesundheitszustand bringen eine mehr oder weniger kontinuierliche Anpassung oder Änderung des eingeschlagenen Handlungsprozesses mit sich (s. auch Whelton 1999). Die Theorie der Zielerreichung beschreibt im Kern das *gemeinsame, kooperative Handeln* von Patient und Pflegekraft. Hierbei entscheiden Patient wie Pflegekraft bewusst oder unbewusst, was sie mit dem jeweils anderen teilen wollen. Diese Entscheidungen bestimmen, wie produktiv das gemeinsame Handeln ist, was am Grad der erreichten Ziele überprüft werden kann. Dieses Ergebnis bildet auch den Maßstab für die Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung. Transaktionen beschreiben den Prozess wie das Ergebnis des Prozesses. In Abbildung 7.3 wird dieser Zusammenhang dargestellt.

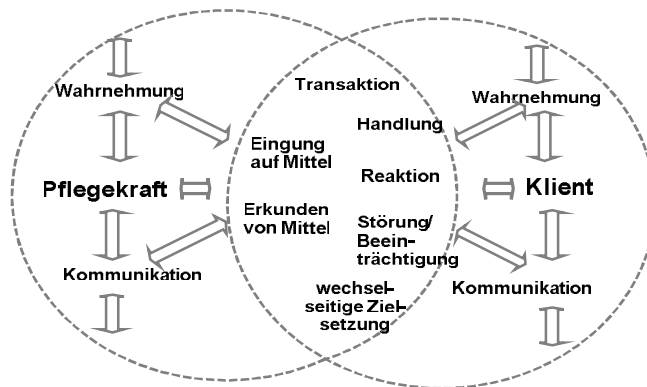


Abb.7.3: Schematische Darstellung der Theorie der Zielerreichung nach King (1981: 157).

Ausgangspunkt dieses *kooperativen Handelns* ist der zu pflegende Mensch oder in der Kingschen Terminologie das personale System des Patienten. In einer pflegerischen Situation treffen der zu pflegende Patient und die Pflegekraft als Einzelne aufeinander. Sie bilden zusammen ein interpersonales System, das in sozialen Systemen handelt. Die Kopplung beider Systeme und der diversen Systemebenen erfolgt über den Informationsaustausch (King 1989b: 37) und mittels des Handelns der involvierten Menschen. So gesehen wäre es zu kurz gegriffen, die Theorie der Zielerreichung nur auf die unmittelbare Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient zu beziehen. Sie muss in einem weiteren Kontext gesehen werden. King (s. bspw. 1989b) hat an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass pflegerisches Handeln in einem spezifischen sozialen Kontext in sozialen Systemen erfolgt. Pflegerisches Handeln ist eingebettet in einen Komplex von Interaktionen in unterschiedlichen sozialen Systemen (in das soziale System der Station X als Subsystem des Krankenhauses A, das soziale System Familie oder das soziale Bezugssystem des Patienten), die wiederum Einfluss auf die Interaktionen zwischen Pflegekraft und Patient haben. Deshalb ist es bei der Organisation der pflegerischen Versorgung wichtig, diese unterschiedlichen Interaktionen und das Zusammenspiel zwischen den drei Systemen des konzeptuellen Systems im Blick zu behalten. So wie die Pflegekraft in ihrer Rolle immer in mehreren interpersonalen Systemen und sozialen Systemen agiert (Pflegekraft-Patient, Pflegekraft-Angehörige, Pflegekraft-Patient-Arzt etc.), handelt auch der zu pflegende Patient in verschiedenen Systemen. In diesem Zusammenhang sind die Konzepte des ‚Selbst‘ und ‚Körperbilds‘ zunächst zum Verständnis der Funktionsweise menschlichen Handelns bezogen auf das personale System wichtig. Zum anderen kommt ihnen über das Konzept der Rolle und der Kommunikation eine zentrale Stellung im interpersonalen und schließlich im sozialen System zu. Alle im konzeptuellen System diskutierten Konzepte bieten vielfältige Anknüpfungspunkte hinsichtlich der Konzepte des RLT-Modells. Ein Teil dieser Konzepte wird für die Theorie der Zielerreichung und das Prozessmodell der Transaktion fruchtbar gemacht. Die Rekonstruktion hat ergeben, dass beide zusammen als eine *„Theorie des kooperativen Handelns“* gedeutet werden können. Diese Erkenntnisse sollen in Kapitel 8 für die pragmatistische Reformulierung des RLT-Modells nutzbar gemacht werden. Zuvor soll im Sinn einer Zusammenschau geprüft werden, welche weiteren Erkenntnisse zum Selbst und zum Körperbild aus den Arbeiten zum konzeptuellen System und zur Theorie der Zielerreichung gewonnen werden können.

7.4. ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG UND DISKUSSION

Die bisherigen Ausführungen haben ergeben, dass den Konzepten Selbst, Selbstkonzept und Körperbild im Kingschen konzeptuellen System insgesamt sowie in der Theorie der Zielerreichung einschließlich des darin enthaltenen Prozessmodells der Transaktion eine zentrale Rolle zukommt. An dieser Stelle soll dieses Ergebnis unter Einbeziehung weiterer Arbeiten zu Kings Vorstellungen zusammengefasst werden. Dies geschieht wie in den beiden vorigen Kapiteln entlang der in Kap. 4 entwickelten Fragen zum pflegerischen Funktionskreis und zum Wissenssystem der Pflege, zum Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege, zur Beziehung zwischen medizinischem und pflegerischem Funktionskreis sowie zu den vier Phasen des Caringsprozesses.

Die Anwendung von Kings konzeptuellem Bezugsrahmen und der Theorie der Zielerreichung ist in vielen Arbeiten belegt³² (s. Jonas 1987, Husband 1988, Gulitz/King 1988, Bryne/ Schreiber 1989, Elbersen 1989, Sieloff Evans 1991, Messmer 2006, Khowaja 2006). Die Beiträge in den beiden Sammelbänden von Frey/Sieloff (1995) sowie Sieloff/Frey (2007) demonstrieren, dass sowohl das konzeptuelle System als auch die Theorie der Zielerreichung sowohl PflegewissenschaftlerInnen zur Erforschung höchst unterschiedlicher Fragestellungen, zur Ableitung und Entwicklung von Theorien mittlerer Reichweite, zum Testen von Theorien, zur theoretischen Reflexion, wie auch Pflegekräfte zur Umsetzung des konzeptuellen Systems und der Theorie in die Praxis angeregt haben. King selbst hat in ihren Veröffentlichungen immer wieder aufgezeigt, wie das konzeptuelle System und die daraus abgeleitete Theorie der Zielerreichung in unterschiedlichen Bereichen, sei es in der Forschung (King 1987), sei es in der Lehre/Bildung (King 1986, Gulitz/King 1988), in ganz unterschiedlichen Praxisfeldern wie Management (1989b, 2006), klinischen Fachbereichen oder speziellen Pflegebereichen wie Pflegeinformatik und Klassifikationssystemen oder Ethik (King 1984, 1989b, 1999, 2006, Killeen/King 2007, King 2007a) genutzt werden können.

Wie schon Peplau hat auch King sich der Vertiefung des *pflegerischen Wissenssystems* über die Entwicklung eines Curriculums für einen Studiengang genähert (1986: 188). Dabei hat sie den Versuch unternommen, das für die Pflege relevante Wissen zu ordnen. Die von ihr nach Sichtung und Analyse der vorliegenden Literatur extrahierten Konzepte für das pflegerische Wissenssystem hat sie den drei Systemen ihres konzeptuellen Systems zugeordnet. Die Funktion der drei Ebenen ihres konzeptuellen Systems besteht darin, der Pflege

- einen grundlegenden organisatorischen Fokus für den Gegenstandsbereich zu bieten
- ein System zur Klassifikation des Wissens, der Fähigkeiten und Werte der Pflege als Disziplin zu entwickeln
- eine Methode für das Ordnen von Fakten in ein System bereit zu stellen, das den pflegerischen Gegenstandsbereich als Ganzes zusammenfasst
- die Beziehungen zwischen den Konzepten und Prozessen aufzuzeigen, die wesentlich für die Lehre und für die Praxis der Pflege sind³³ (s. King 1995a: 16).

Sie wollte der Pflege ein intellektuelles Mittel an die Hand geben, über die ‚reale Welt der Pflege‘ nachzudenken (King 1995a: 17). Im Sinn von Kings Wissenschaftsverständnis hielt sie anfänglich Ausschau nach Mustern von Beziehungen, um natürliche Phänomene innerhalb des Studiengbiets beschreiben zu können. Muster werden geordnet, indem Sets miteinander in Beziehung stehender Konzepte entdeckt werden. Hieraus können dann konzeptuelle Bezugsrahmen bzw. Systeme entwickelt oder Theorien formuliert werden (s. King 1986: 216). Konzepte gelten in diesem Zusammenhang als wichtige Bausteine eines Bezugsrahmens und einer Theorie (s. King 1997b). Das konzeptuelle System bot King (s. 1995a: 17) eine visuelle Vorstellung von der Pflege als einer der komplexesten Professionen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Bei ihrer Analyse dessen, wie im Rahmen der Entwicklung der Pflegewissenschaft das Wissen für die Pflege formalisiert worden ist, hat King (1997b: 9) den in der Abbildung 7.4 skizzierten Prozess entdeckt.

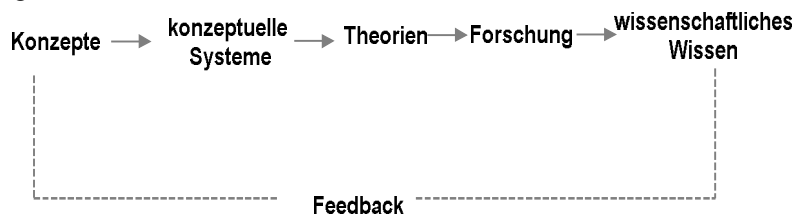


Abb. 7.4: Prozess der Wissensentwicklung in der Pflege nach King (1997b: 9)

³² Im deutschsprachigen Raum ist die Beschäftigung mit King - so weit ich es übersehen kann -, primär auf die Rezeption des Ansatzes beschränkt (s. bspw. van Kampen 1997, Evers 1998, Remmers 2000). Eine intensive Auseinandersetzung und Weiterentwicklung findet nicht statt.

³³ Meine Übersetzung dieser Sätze weicht von der Übersetzung von Schaeffer et al. 1997 ab (s. King 1997a: 183). Der Originalartikel ist 1995 im Buch von Frey/Sieloff (1995) erschienen. Er wird von mir mit King 1995a zitiert.

Was den inhaltlichen Beitrag zum *pflegerischen Wissenssystem* angeht, hat King die Bedeutung, die den einzelnen Konzepten zukommt, mehr skizziert als ausführlich begründet³⁴. Auch wenn King das Konzept des Selbst und des Körperbilds in ihrem konzeptuellen System und in ihrer Theorie der Zielerreichung primär aus der Perspektive der Allgemeinen Systemtheorie³⁵ deutet, war dieser Aspekt für die hier vorliegende Rekonstruktion dieser Konzepte zweitrangig. Stattdessen habe ich ein anderes, bei King immer wieder auftauchendes Thema aufgegriffen, das des menschlichen Handelns. Hierbei hat sich gezeigt, wie facettenreich Kings Ideen sind und dass die Theorie der Zielerreichung auch als eine *Theorie des kooperativen Handelns* interpretiert werden kann. In eine ähnliche Richtung weisen die philosophisch orientierten Arbeiten von Beverly Whelton³⁶ (1999, 2007). Kings Überlegungen kreisen immer wieder um die Aktivitäten des Lebens. Ihr zufolge besteht eine Anforderung, die der Mensch in seinem Leben zu meistern hat, in der Aufrechterhaltung eines gewissen Niveaus von Gesundheit, das ihm die Durchführung der Aktivitäten des Lebens und das Wahrnehmen sozialer Rollen ermöglicht (King 1990: 125). Auch wenn King das pflegerische Handeln nicht in ein auf sich selbst und in ein auf andere Menschen bezogenes Handeln ausdifferenziert, lässt sie keinen Zweifel daran, dass die Aktivitäten des Lebens ein Schlüssel für die Entdeckung des personenbezogenen pflegerischen Handelns sind. Wie an anderer Stelle erwähnt, gibt sie selbst nur vereinzelt konkrete Hinweise auf das, was sie mit dem Begriff der Aktivitäten des Lebens fasst. Ihre stichwortartigen Ausführungen hierzu (im Zusammenhang mit der Anwendung der Theorie der Zielerreichung, s. King 1981: 165ff) zeigen, dass sich die Aktivitäten des Lebens in unterschiedlichen Gewohnheiten niederschlagen. Dies ist nicht nur ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die in Kap. 3.4.3 angesprochenen Handlungsrouninen, sondern auch für das Konzept des Selbst. Auch wenn dieses Konzept von King nicht explizit ausgearbeitet worden ist, thematisiert sie es in ihren verschiedenen Veröffentlichungen immer wieder im Zusammenhang mit anderen Konzepten. So erläutert sie am Beispiel von Patienten mit der Diagnose End Stage Renal Disease (ESRD), dass die Pflegekräfte das Selbstbild des Patienten gesprächsweise über die Art und Weise, wie die Patienten sich selber wertschätzen, einschätzen können. Weiter sollten Pflegekräfte wachsam sein für Störungen des Körperbildes, wie sie seitens des Patienten wahrgenommen und erlebt werden. Die Wahrnehmungen des Patienten, wie er/sie sich selbst, seinen/ihren Körper (Körperbild), die Zeit, das Gesundheitssystem, die Gesundheitsprofessionen sowie deren Rollen und seine/ihre Therapie wahrnimmt, bilden wichtige Informationen, um einen Zugang zum Patienten zu erhalten. In diesem Zusammenhang differenziert King mit Blick auf die Pflegeanamnese unterschiedliche Arten von Informationen. Sie gliedert diese in vier Kategorien. In die erste Kategorie fällt die ‚Pflegegeschichte und Gesundheitseinschätzung‘. Hierbei geht es um die Aktivitäten des Lebens, um wahrzunehmende Rollen, Stressoren in der äußeren Umwelt des Patienten, sei es im Erwerbsbereich oder Zuhause. Diese Informationen werden zum Alter des Patienten in Beziehung gesetzt, zu seinem Entwicklungsstand, seinen Lernerfordernissen, der Ernährung und den Eßgewohnheiten etc. Die zweite Kategorie sind personenbezogene Informationen, in der die Selbstwahrnehmung des Patienten im Mittelpunkt steht. Die dritte Kate-

³⁴ Dies kann unter theoretischen Gesichtspunkten als Manko gesehen werden. Es kann aber auch die Neugier einzelner Pflegekräfte/Pflegewissenschaftlerinnen anregen, sich intensiver mit den Konzepten zu befassen. Hierzu ist es m.E. aber erforderlich, den Begriff des Systems als Metapher (s. Fuchs, zitiert in Kleve 2006: 117) oder sensibilisierendes Konzept (s. Corbin/Strauss 1996, 2008) zu begreifen und sich nicht von vornherein in eine eng geführte Theoriedebatte zu begeben.

³⁵ Aus systemtheoretischer Sicht wäre zu prüfen, inwieweit ihr Ansatz die Potentiale der Allgemeinen Systemtheorie ausschöpft. Hier sind gewisse Zweifel angebracht (s. auch Winker 1995). So wird auf zentrale Eigenschaften von Systemen wie Differenzierung oder symbolische Aktivität nur indirekt hingewiesen. King muss aber zugestanden werden, dass sie mit ihrem Ansatz, pflegerische Phänomene systemtheoretisch zu interpretieren und zu ordnen, der Pflege ein weites Feld eröffnet hat. Sie hat diese Gedanken zu einer Zeit aufgegriffen, in welcher eine solche Herangehensweise selbst in anderen Disziplinen das Betreten von Neuland bedeutete. Inzwischen haben sich in den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen diverse systemtheoretische Ansätze herausgebildet. King greift diese Entwicklungen jedoch nicht auf.

³⁶ Beverly Whelton (2007: 16ff) verbindet Kings Ideen mit der Idee von der menschlichen Natur und vom menschlichen Handeln, indem sie diese vor dem Hintergrund der Philosophie von Aristoteles interpretiert. Sie konzentriert sich insbesondere auf die menschliche Fähigkeit des konzeptuellen Denkens und auf die, eine Wahl treffen zu können (s. auch Whelton 1999). Auch sie betont die Wichtigkeit des gegenseitigen Austauschs von Wissen und von einer geteilten Vision, damit therapeutische Transaktionen stattfinden können. Darüber hinaus unterscheidet sie zwischen verschiedenen Handlungsformen: dem pflegerischen Handeln, dem heilenden Handeln und dem moralischen Handeln. Diese Handlungsformen sind eingebettet ins menschlichen Handeln und in menschliche Verhaltensweisen (s. Whelton 2007).

gorie von Informationen zielt auf die Kommunikationsfähigkeit des Patienten und auf seine Werte. In die vierte Kategorie fallen schließlich krankheitsbezogene Informationen (King 1984: 14f.). Es geht mithin darum, ein möglichst umfassendes Bild vom zu pflegenden Menschen zu erhalten. Hierbei ist es wichtig zu verstehen, dass jeder zu pflegende Mensch seine Gewohnheiten oder Handlungsmuster in den diversen Aktivitäten des Lebens im Rahmen seiner Sozialisation und der Entwicklung ausbildet, d.h. in einem bestimmbareren gesellschaftlichen Raum und in einer bestimmten gesellschaftlichen Zeit. Hierbei kommt die Familie als ein für die Pflege wichtiges System ins Spiel, aber auch alle anderen für den zu pflegenden Patienten bedeutsamen Bezugsgruppen (z.B. Arbeit, Freundeskreis etc.). Der pflegerische Bedarf muss in Beziehung zu den diversen Gewohnheiten gesetzt werden. Beides muss im sozialen Zusammenhang und vor dem Hintergrund der im personalen System diskutierten Konzepte *Selbst, Wachstum und Entwicklung, Körperbild, Raum, Zeit, Coping und Lernen* betrachtet werden. Gewohnheiten als solche sind höchst variabel, personenspezifisch, situations- und zeitspezifisch und nicht zuletzt abhängig von der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht und ethnischen Gruppe. Hieraus ergibt sich die Komplexität pflegerischer Phänomene, die gesteigert wird durch die Art des Krankheitserlebens und der Krankheitsbewältigung seitens des zu pflegenden Menschen. Wird die Argumentationslinie ‚menschliches Handeln‘ verfolgt, dann ergeben sich vielfältige Bezüge zum RLT-Modell. Wie die einzelnen Konzepte des konzeptuellen Systems von King mit den Konzepten des RLT-Modells in Beziehung gesetzt werden können, geht aus Tabelle 7.4 hervor:

Tab. 7.4: Kings konzeptuelles System und die Konzepte des RLT-Modells

Kings konzeptuelles System		RLT- Modell				
<i>Personales System</i>	Selbst	Die AL	Einzigartigkeit/individualisierte Pflege	Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum	Lebensspanne	Beeinflussende Faktoren
	Wachstum + Entwicklung					
	Körperbild					
<i>Interpersonales System</i>	Raum					
	Zeit					
	Coping					
<i>Soziales System</i>	Lernen					
	Kommunikation					
	Transaktion					
	Rollen					
	Stress					
	Autorität					
	Macht					
	Status					
	Entscheidungsfindung					
	(Kontrolle)					

Die Pflegekräfte befassen sich mit dem Verhalten/Handeln von Menschen als Einzelnen und in Gruppen in potenziell stressreichen Situationen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, wenn sie anderen Menschen helfen, ihren grundlegenden Erfordernissen zu genügen, um die Aktivitäten des Lebens ausführen zu können. So gesehen geht es bei der Generierung des pflegerischen Wissenssystems um die Klärung pflegerischer Phänomene im Zusammenhang mit den Aktivitäten des Lebens. Hierbei nähert sich King dem Thema menschlichen und pflegerischen Handelns aus einer prozessuralen Sicht. Auch bei ihr finden sich wie schon bei Peplau und Roy deutliche Spuren des Amerikanischen Pragmatismus. Diese zeigen sich bei King vor allem in den Begriffen ‚Transaktion‘ und ‚Rolle‘, wo sie Dewey/Bentley und Mead erwähnt (s. King 1981: 80, 90). Hier kann ein Bogen zum pragmatistischen Handlungsverständnis geschlagen werden.

Wird der **pflegerische Funktionskreis** mit den bisher diskutierten Gedanken gefüllt, dann erweitert sich der Fokus des professionellen pflegerischen Handelns erheblich. Krankheit ist in diesem Zusammenhang ein Aspekt, nicht aber der einzige. Die von King beschriebenen Systeme und Konzepte lenken die Aufmerksamkeit nicht nur auf die einzelne Person oder auf die interpersonale Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Vielmehr wird

das pflegerische Handeln der einzelnen Person wie das pflegerische Handeln in interpersonalen Beziehungen, sei es im familiären oder im beruflich/professionellen Kontext von vornherein in den gesellschaftlichen Raum verlagert und dort verortet. Erst dies erlaubt, pflegerische Phänomene in ihrer Komplexität und Vielschichtigkeit zu erfassen. Mit dem konzeptuellen System gelingt es King, die Pflege gewissermaßen aus dem engen persönlichen privaten Raum herauszulösen. Auf der konzeptuellen Ebene kann sie andeuten, dass die von den Pflegekräften wahrzunehmenden Rollen je nach dem organisatorisch-institutionellen Rahmen höchst vielschichtig und verschieden sind und dass sie wie andere gesellschaftliche Rollen Veränderungen und Wandlungsprozessen ausgesetzt sind (s. King in Fawcett 2001: 312).

Aus dem konzeptuellen System, verstanden als System zur Ordnung pflegerelevanten Wissens, und der Theorie der Zielerreichung lassen sich **Methodologien und Handlungsstrategien** für die Gestaltung der pflegerischen Dienstleistungssituation ableiten. King (1986: 62) macht darauf aufmerksam, dass die professionelle Pflege in pflegerischen Dienstleistungssituationen Altersgrenzen und sozioökonomische Grenzen³⁷ überschreitet. Ein Teil der von der professionellen Pflege erbrachten Dienstleistungen besteht aus der Pflege von Menschen in höchst unterschiedlichen Gesundheitssituationen. Pflegekräfte pflegen Menschen bei einer akuten Erkrankung, im Krankenhaus oder zu Hause, sie kümmern sich um chronisch kranke Menschen ebenso wie um Menschen, die der Rehabilitation bedürfen (King 1986: 62).

Ausgangspunkt der Überlegungen Kings sind das Wissen und die Fähigkeiten/Fertigkeiten, über die eine Pflegekraft als Mitglied ihrer Profession³⁸ verfügen sollte. Beides realisiert sich in der Art und Weise, wie die Pflegekraft-Patient-Beziehung und die hierbei stattfindenden Interaktionen gestaltet werden. Wissen in Form von Konzepten und Theorien ist die Basis zur Analyse pflegerischer Phänomene. Das theoretische Wissen³⁹ und die daraus abgeleiteten Fähigkeiten geben einer Pflegekraft die entsprechenden Mittel an die Hand, um die Fähigkeiten des Patienten einzuschätzen, seine Aktivitäten des Lebens auszuüben und soziale Rollen wahrzunehmen, sowie für das Erkennen von Veränderungen der üblichen Funktionsweise des zu pflegenden Menschen und schließlich für die Evaluation der eingeschlagenen Handlungswege und die Beurteilung der Wirksamkeit der pflegerischen Versorgung. Das von King entwickelte Prozessmodell der Transaktion kann in der Praxis auf unterschiedliche Art und Weise genutzt werden, etwa bei der Gestaltung der Pflege, bei der Untersuchung von Pflegekraft-Patient-Interaktionen oder zur Erkundung notwendiger Fähigkeiten von Pflegekräften. Hierbei geht es um fachlich-technische, intellektuelle, interpersonale und intrapersonelle Fähigkeiten⁴⁰. King selbst erachtet das kritische

³⁷ Das Geschlecht der handelnden Menschen gerät bei King nicht in den Blick. Die Konzepte des konzeptuellen Systems und der Theorie der Zielerreichung werden geschlechtsneutral dargestellt.

³⁸ King differenziert zwischen einer Pflegekraft, die einen Bachelorstudiengang absolviert hat und einer, die einen zum Associate Degree führenden Studiengang durchläuft. Der Unterschied zwischen diesen beiden Studiengängen besteht darin, dass der letztgenannte auf einen Beruf vorbereitet und dass der Schwerpunkt auf der Vermittlung von Fertigkeiten (Skills) liegt. Beim Bachelorstudium als erster Stufe einer wissenschaftlichen Ausbildung geht es hingegen um die Vermittlung von Konzepten, Fertigkeiten und Werten. Kings Ausführungen zu Professionen beziehen sich vor allen Dingen auf Pflegekräfte mit einem BA, die wiederum Pflegekräfte mit einem Associate Degree supervidieren. Die Problemlösungskompetenz wird in erster Linie Pflegekräften mit einer wissenschaftlichen Ausbildung zugeschrieben, aber auch von diesen erwartet (King 1986: 97). In einem Interview mit Fawcett (2001: 312) bedauert sie, dass in den Studiengängen Pflege-theorien und die Überprüfung von Pflege-theorien im Gegensatz zu den Theorien anderer Disziplinen offensichtlich keine große Rolle spielen. Dies hat eine mangelnde Entwicklung des pflegespezifischen Wissens zur Folge..

³⁹ Für King (1986) ist es selbstverständlich, dass Pflegekräfte durch eigene Forschung zur Entwicklung des pflegerischen Wissenskörpers beitragen.

⁴⁰ Brooten/Thomas (1997) beschreiben eine ‚Theorie des intrapersonal wahrnehmenden Bewusstseins‘, die Brooten aus dem konzeptuellen System Kings abgeleitet hat. Diese befasst sich mit intrapersonal ablaufenden Entscheidungsprozessen. Bei der empirischen Überprüfung dieser Theorie mittels einer deskriptiv explorativen Studie zeigte sich, welche prominente Rolle das Selbst der befragten StudentInnen und ihre Erfahrungen bei der Wahrnehmung dieser oder jener Reaktion auf die ihnen vorgelegte klinische Situation zukommt. Brooten/Thomas folgern hieraus, dass das Selbst nicht ein Konzept des personalen Systems ist, sondern dass es das personale System repräsentiert. Es ist für sie der Kern des intrapersonal wahrnehmenden Bewusstseins.

Denken⁴¹, die verbale und schriftliche Ausdrucksfähigkeit, die Auffassungsfähigkeit, die Fähigkeit zum Zuhören, zur verbalen und nonverbalen Kommunikation, zur Übernahme der Rolle eines/r Managers/Managerin in komplexen Organisationen oder die Fähigkeit zur eigenständigen Arbeit und zur Teamarbeit als wesentliche im Studium zu erwerbende Kompetenzen. Sie geht aufgrund ihres Professions- und Wissenschaftsverständnisses davon aus, dass pflegerische Methodologien und Handlungsstrategien aufgrund von theoretischer Reflexion und entsprechenden Schlussfolgerungen Veränderungen unterliegen (King 1986: 103). Deshalb müssen Pflegekräfte lernen, etablierte Vorgehensweisen zu hinterfragen. Weiter müssen sie mit der Vergangenheit vertraut sein, damit sie sich *selbst* und *andere* in einer sich ändernden Welt verstehen (King 1986: 105). Zentrale Schlüsselkompetenzen sind für King (1986: 108) die Beobachtung von Situationen und der äußeren Umwelt (einschließlich der Messung von Einflussfaktoren auf das menschlichen Sein) sowie die Fähigkeit zur Kommunikation. Weiter bringt King die Nutzung des professionellen Wissens mit der Fähigkeit in Verbindung, in den einzelnen Phasen des Pflegeprozesses über das eigene Selbst zu verfügen. So demonstrieren professionelle Pflegekräfte in ihrem Handeln, wie sie Verantwortung in Bezug auf die eigene Profession und gegenüber der Gesellschaft übernehmen. Das wissenschaftliche, auf die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen⁴² ausgerichtete Studium sollte die Handlungsfähigkeit einer Pflegekraft fördern. In diesem Zusammenhang ist Kings Verständnis von Lernen aufschlussreich. Es ist grundsätzlich mit einer Veränderung des Verhaltens und Handelns verbunden. Handeln wiederum bedeutet, dass sich das Wissen ändert, was seinerseits mit Veränderungen von Fertigkeiten und von Werten einhergeht. Weiter haben die verschiedenen Lernformen Einfluss auf die Ausbildung von Gewohnheiten (habit formation), Einstellungen und Haltungen. Die Wissensaneignung bezeichnet sie als konzeptuelles Lernen oder Kognition. Die zweite Lernform betrifft den Erwerb von Fertigkeiten. Dieser zeigt sich im menschlichen Handeln, d.h. darin, wie sich die Fähigkeiten/Fertigkeiten des Einzelnen im konkreten Tun darstellen. Die dritte Art des Lernens betrifft die Werte (King 1986: 144), wobei hier die Werte der Pflege als Profession und die persönlichen Werte im Zentrum stehen.

In Kings Veröffentlichungen finden sich verstreut Hinweise auf konkrete Arbeitsmittel wie z.B. den pflegerischen Entlassungsbericht, der zur Sicherung der Kontinuität der Pflege beim Übergang vom Krankenhaus in eine andere pflegerische Situation oder umgekehrt beitragen soll. Dieser sollte so abgefasst sein, dass daraus der bisher erreichte Erfolg der Pflege hervorgeht (King 1986: 103). Ein anderes Beispiel ist das von Coker et al. (1995) beschriebene Klassifizierungsinstrument. Dieses wurde von einem Expertenteam im Rahmen der Implementierung des Kingschen konzeptuellen Systems in die Pflegepraxis eines 650-Betten-Krankenhauses in Toronto (Kanada) entwickelt: Hierzu wurden den drei Systemen des konzeptuellen Systems von King die von der NANDA akzeptierten Diagnosen zugeordnet. Dieses Instrument sollte den Pflegekräfte bei der Pflegeanamnese und der anschließend klinischen Schlussfolgerung helfen. In einem zweiten Schritt wurde der Nutzen dieses Instruments überprüft. Das Expertenteam kommt zu dem Ergebnis, dass die Implementierung des Kingschen konzeptuellen Systems in die pflegerische Praxis ein komplexes Unterfangen ist und dass es einer Reihe von Maßnahmen bedarf, damit die Arbeit mit einem konzeptuellen System von den Pflegekräften nicht als abgehoben von ihrer täglichen Arbeit erlebt wird. Hierbei erwiesen sich das entwickelte Instrument und die entwickelten Fortbildungsstrategien als wichtige Hilfen zur Erleichterung der Arbeit mit dem konzeptuellen System.

⁴¹ Hierunter fasst sie intellektuelle Fähigkeiten der Analyse und Interpretation mittels induktiven und deduktiven Schließens. Je nachdem, wie eng oder wie breit die Fähigkeit des kritischen Denkens gefasst wird, gehört dazu die Fähigkeit, Probleme zu erkennen, entsprechende Fakten zu sammeln, um Entscheidungen und Urteile auf der Basis wissenschaftlichen Wissens fällen zu können. Pflegekräfte sollten nicht nur Kenntnisse über Theorien verschiedener Disziplinen erwerben sondern auch die Fähigkeit, diese zu erkunden und mit Blick auf die Pflege zu erforschen.

⁴² King hat anhand ihres konzeptuellen Systems dargestellt, wie ein kompetenzbasiertes Curriculum für ein Associate Degree-Programm und für einen Bachelorstudiengang aussehen könnte. Hierbei hat sie ein sogenanntes ‚spiral curriculum‘ beschrieben. Dieses bietet die Möglichkeit einer Verbindung zwischen ADN und BSN-Studiengängen, insofern das Curriculum so gestaltet ist, dass der eine Studiengang auf dem anderen aufbaut (King 1986: 177ff).

Khurshid Khowaja (2006) illustriert, wie das konzeptuelle System und die Theorie der Zielerreichung bei der Einschätzung des Nutzens von klinischen Pfaden im Zusammenhang mit Patienten, die sich einer Transurethralen Prostataresektion (TUR) unterzogen haben, angewendet und getestet worden ist. Khowaja kommt zu dem Schluss, dass das System und die Theorie eine sinnvolle Struktur zur Untersuchung von klinischen Pfaden bieten. Darüber hinaus orientieren sie die Pflege auf die Prozesse der multidisziplinären Zusammenarbeit, auf die Kommunikation, die Interaktion und das kritische Denken. Indem die Pflegekräfte sich aktiv mit den anderen Professionen auseinandersetzen, können sie Einfluss auf das Gesundheitsergebnis der zu versorgenden Patienten nehmen.

Wird Kings Beitrag zum pflegerischen Wissenssystem daraufhin überprüft, welche Beziehung *zwischen dem medizinischen und dem pflegerischen Funktionskreis besteht*, finden sich hierzu nur vereinzelt Hinweise. Wie schon bei Peplau und Roy beschränkt sich die Pflege nach King nicht auf die Krankheit. Stattdessen findet pflegerisches Handeln im Kontext des alltäglichen Lebens innerhalb eines gesellschaftlichen Zusammenhangs statt und muss sich hier bewähren. Vor diesem Hintergrund und mit dem Verständnis der Pflege als Profession sieht King die Beziehung zwischen Medizin und Pflege bei der Förderung von Gesundheit, der Verhütung von Krankheit und beim Management der Patientenversorgung als eine ‚partnerschaftliche‘ (King 1986: 62, 99, Fawcett 2005: 99). Dasselbe trifft auf die anderen Gesundheitsberufe zu, mit denen Pflegekräfte zusammenarbeiten. Professionelle Pflegekräfte nehmen eine unabhängige und eine wechselseitig abhängige Rolle wahr. Im interdisziplinären Team repräsentiert die Pflegekraft die Pflege und übernimmt in einigen Situationen die Führungsrolle⁴³.

Auch wenn King die Beziehung Medizin-Pflege prinzipiell als partnerschaftlich begreift, wird der arztabhängige Aspekt der pflegerischen Rolle von ihr respektiert bzw. nicht in Frage gestellt. Bei Kings Beschreibung der Aufgaben einer professionellen Pflegekraft findet sich der Passus, dass die Durchführung der Anordnungen des Arztes in Bezug auf die Behandlung und in Bezug auf die Medikation zur Aufgabe der professionellen Pflegekraft gehören. Die Anordnungen werden aber nicht ‚blind‘ ausgeführt, sondern auf der Basis von Wissen und Verstehen der Anordnungen (King 1986: 107). Daraus folgt, dass sich die Pflegekraft mit dem Arzt über seine Anordnungen auseinandersetzen muss. Hierbei kann auf das in der Theorie der Zielerreichung beschriebene Prozessmodell der Transaktion zurückgegriffen werden. Die Analyse von erfolgreichen oder nicht stattfindenden Transaktionen bietet eine Grundlage für die *kritische Reflexion dieser Beziehung* sowie für die Entwicklung von Vorschlägen für eine **Neuausrichtung**. Wird das Prozessmodell der Transaktion ernst genommen, können Veränderungen in der Beziehung zwischen Medizin und Pflege auf einer Basis des Wissens und auf der Basis gemeinsam geteilter Ziele bezüglich der gesundheitlichen Versorgung des Patienten angestrebt werden. Dieses erfordert, dass die Pflegekraft ihre Beziehung zu den Ärzten kritisch reflektiert, aktiv von ihrem pflegerischen Wissen Gebrauch macht und es im Gespräch mit Ärzten offensiv zum Ausdruck bringt.

Werden schließlich Kings Vorstellungen auf die vier Phasen des Caring- Prozesses übertragen, d.h. auf die Phasen des *Caring about*, des *Taking care of*, des *Caregiving* und des *Care-Receiving*, dann bietet das konzeptuelle System einschließlich der verschiedenen Konzepte eine gute Ausgangsbasis zur Analyse des gesamten Caring-Prozesses. Mit Blick auf das Konzept des Selbst sollen hier zunächst exemplarisch Untersuchungen aus der klinischen Praxis angeführt werden. Ein von Marlaine Smith (1988: 145f) beschriebenes Fallbeispiel veranschaulicht die Anwendung von Kings Theorie der Zielerreichung in der Praxis. In diesem Fallbeispiel ist das Selbstkonzept einer Patientin dadurch bedroht, dass sie ihr Kind, statt wie geplant ‚normal‘, per Kaiserschnitt entbunden hat. Sie erlebte sich als Versagerin. Diese Wahrnehmung der Patientin konnte durch die Klärung der mit der

⁴³ Andere Funktionen einer professionellen Pflege im Gesundheitsteam sind die des Informationsgenerators und Synthesizers oder die des Koordinators.

Geburt verbundenen Ziele und der zukünftigen Rolle als Elternteil zum Positiven gewendet werden. Pflegekraft und Patientin erkundeten gemeinsam, inwieweit die Pflegekraft dazu beitragen konnte, das Selbstkonzept der Patientin und ihr Vertrauen in ihre Elternrolle zu fördern. Norris/Hoyer (1993) belegen die Bedeutung des Konzepts des Selbst am Beispiel der Pflege in der Neonatologie und weisen auf die negativen Auswirkungen der Medikalisierung bei der Versorgung von Frühgeborenen durch die Pflegekräfte hin. Der von den Eltern erlebte Verlust über die Kontrolle der Pflege ihres Kindes kann von diesen als eine Bedrohung ihres elterlichen Selbst erlebt werden und in der Folge eine gemeinsame Zielsetzung behindern. Sie entwickelten anhand des konzeptuellen Systems und der Theorie der Zielerreichung ein ‚Change Modell der Elternschaft in einer NICU‘. Im Mittelpunkt dieses Modells stehen das Selbst der Pflegekraft und das Selbst der Eltern, wobei das Ziel die aktive Einbeziehung der Eltern in die Versorgung ihres Kindes ist.

Auch Alligood (1995) beschreibt anhand zweier Fallbeispiele wie der Pflegeprozess, die Theorie der Zielerreichung und das Prozessmodell der Transaktion das Handeln einer Pflegekraft leiten kann. Auch wenn in beiden Fällen die physische Situation der Patientinnen ein kritisches Moment war, führte die Nutzung der Theorie der Zielerreichung und des dreidimensionalen Prozessansatzes zu Interaktionen, durch die ein tieferes Verständnis der Krankheitserfahrung erreicht werden konnte. Zu Transaktionen kam es nach Alligood in beiden Fällen jeweils dann, wenn die Patienten einen ‚sogenannten Durchbruch‘ erlebten. Laben, Sneed & Seidel (1995) zeigen die Anwendung von Kings konzeptuellem Bezugsrahmen und der Theorie der Zielerreichung im Bereich eines gruppenpsychotherapeutischen Settings am Beispiel von zwei unterschiedlichen Gruppen. In einer ‚Self-Esteem Group‘⁴⁴, bestehend aus fünf Frauen mit depressiven Beschwerden, sollte deren negative Selbstwahrnehmung durch den gezielten Einsatz verschiedener Instrumente positiv beeinflusst werden, auch sollte ihre Fähigkeit, Nahziele zu erreichen, gestärkt werden. Die andere Gruppe, die sich aus drei Untergruppen zusammensetzte, bestand aus Straftätern, die sich in einer offenen Anstalt über mehrere Monate auf ihre Freilassung und Rückkehr in das gesellschaftliche Leben vorbereiteten. Auch hier lag der Schwerpunkt der Intervention auf Wahrnehmungen des Selbst und auf dem Nachvollziehen der eigenen Entwicklung durch den Einsatz von sogenannten ‚life lines‘. Es ging darum, sich mit vergangenen ‚Lebensmustern‘ auseinanderzusetzen, Stärken und Schwächen zu ermitteln, um auf dieser Basis Pläne und Wege zu erarbeiten, wie diese Themen aus einer zukunftsorientierten Perspektive angegangen werden können. Die Evaluation der Gruppenarbeit dieser beiden Klientengruppen zeigte, dass die Gruppen von der Anwendung der Theorie der Zielerreichung profitieren konnten.

Die angeführten Beispiele zeigen, dass das konzeptuelle Systems und/oder der Theorie der Zielerreichung die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte auf die zu pflegenden Menschen lenken. Letztere stehen im Zentrum des pflegerischen Handelns, ohne dass dabei die Krankheit ignoriert würde. Wie Alligood bemerkt, kann ein pflegetheoretisch geleitetes Handeln bei den Pflegekräften zu einem vertieften Verständnis des Krankheitserlebens, der Konzeptionen des Selbst und der Lebenssituation der jeweiligen Patienten/Klienten führen. So gesehen kann der erweiterte Fokus auch zu einer erweiterten Sicht auf die vier Phasen des Caringprozesses führen und zu einer veränderten Schwerpunktsetzung bei der Pflege. Dieser Fokus muss aber institutionell abgestützt sein. Professionelle Pflegekräfte arbeiten ebenso wenig wie pflegende Angehörigen im isolierten Raum. Sie arbeiten in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext, der Einfluss auf ihren Handlungsspielraum hat und damit auch darauf, wie der Caringsprozess gestaltet werden kann.

Zur Abrundung des Bildes sollen abschließend exemplarische Beispiele aus dem Bereich des Pflegemanagements zusammengetragen werden. Karen Elbertson (1989: 49) beschreibt, wie das konzeptuelle System von King im Bereich des Pflegemanagements für die Organisation und Entwicklung des Pflegedienstes und des Personals, für die Zielfestlegung und zur Analyse von Aushandlungsprozessen herangezogen werden kann. Sie verknüpft

⁴⁴ Diese Gruppe wurde in einer pflegegeleiteten Ambulanz eines kommunalen Wohnprojektes durchgeführt.

dieses mit einem von Arndt/Huckabay entwickelten Bezugsrahmen für das Pflegemanagement, der sich wie bei King an die Idee offener Systeme anlehnt und die Zielsetzung in den Mittelpunkt stellt. Bezogen auf das personale System unterstreicht Elberson insbesondere die Selbst-Wahrnehmung der Führungspersonen des Pflegedienstes, ihr Gespür für sich selbst sowie für ihren eigenen Körper. Die Vorstellung, die sie von sich selbst, von ihren Wertvorstellungen und Verpflichtungen (commitments) haben, bringen sie in die Auseinandersetzung mit Pflegekräften, anderen Führungskräften und den Angehörigen anderer Berufsgruppen ein. In eine ähnliche Richtung weisen die Arbeiten von Christina Sieloff (1995, 2007). Sie leitet aus den Konzepten des sozialen Systems unter Hinzuziehung der Managementliteratur eine Theorie der ‚Abteilungsmacht‘⁴⁵ ab. Sie unterstellt, dass das Selbst einer leitenden Pflegekraft aus dem spezifischen Wissen, den Fertigkeiten und professionellen Werten in Bezug auf die Rolle bzw. Funktion einer/s Pflegedirektorin/-direktors besteht. Weiter geht sie aufgrund eigener Beobachtungen davon aus, dass das Selbst einer Pflegekraft als PflegedirektorIn Einfluss auf die Macht des Pflegedienstes hat. Von Kings sechs Aussagen zum Konzept der Macht, wählte sie die Aussage „Macht ist das Vermögen und die Fähigkeit eines Menschen oder einer Gruppe, Ziele zu erreichen“ aus (Sieloff 1995: 54). Als Merkmale ihres Machtkonstrukts nennt sie Macht verstanden *als Fähigkeit* und als *aktualisierte Fähigkeit*. Macht wird positiv besetzt, weil sie erlaubt, Ziele zu erreichen. Weiter wird Führung als Macht begriffen, sie verweist auf die Macht des Pflegedienstes (Abteilungsmacht) innerhalb des Gesamtsystems. Der Pflegedienst als Subsystem des Suprasystems kann seine Macht in den Interaktionen innerhalb des Subsystems und zwischen den anderen Subsystemen des Gesamtsystems aktualisieren. Das letzte Merkmal betrifft Quellen der Macht. Hierzu zählt Sieloff (1995: 55) *umweltbedingte Einflussfaktoren, Positionen einer Organisation, Rollen, Ressourcen und Ziele*. Ohne auf diese Theorie weiter einzugehen, sei erwähnt, dass das Selbst einer Pflegekraft in der Funktion einer Pflegedirektorin (personales System) bei der Fähigkeit des Pflegedienstes als soziales System, seine Macht-Fähigkeiten zu aktivieren, eine vermittelnde Funktion einnimmt. Die Mittlerfunktion hängt nach Sieloff (1995: 59) von gewissen Aspekten des Selbst der Pflegedirektorin in Bezug auf das Niveau der Macht-Fähigkeiten des Pflegedienstes ab und zwar:

- vom Wissen der Pflegedirektorin über Macht
- von der Fähigkeit der Pflegedirektorin, Macht zu nutzen
- von der Bedeutung, die eine Pflegedirektorin der Macht beimisst

Zusammengenommen begründen diese drei Aspekte die Machtfähigkeit der Pflegedirektorin bzw. des Pflegedirektors. Pflegedienste können sowohl ein hohes Niveau an Machtfähigkeiten haben als auch ein niedriges. Dies ist abhängig von der Kontrolle, die ein Pflegedienst über die erwähnten Machtquellen hat. Eine Voraussetzung für die Aktualisierung der Machtfähigkeiten des Pflegedienstes sind nach Sieloff (1995: 60) klare Ziele für den Pflegedienst, und dass die/der PflegedirektorIn nicht nur die Bedeutung von Macht erkennen muss, sondern auch sein/ihr Wissen hierüber sowie seine/ihre Fähigkeiten, Macht zu nutzen, darstellen muss. Sieloff hat diese Theorie in der Folge in verschiedenen Studien überprüft und aufgrund der Ergebnisse weiter entwickelt. Der erreichte Stand wird in dem Artikel *‘The Theory of Group Power within Organizations – Evolving Conceptualization Within King’s Conceptual System’* (Sieloff 2007) dargestellt. Patricia Messmer (1995) beschreibt, wie die Schritte der Umsetzung einer theoriebasierten Pflegepraxis aussehen können. In einem anderen Artikel sagt sie, dass die Kenntnis davon, wie das Prozessmodell der Transaktion genutzt werden kann, Änderungsprozesse in der Pflegepraxis fördern kann. Sie zeigt auf, wie Kings Theorie der Zielerreichung für die Anerkennung als Magnet-Hospital (s. hierzu auch King 2006) genutzt werden kann. Im Handbuch zum ‚Magnet Recognition Program‘ werden vom American Nurse Credential Center (ANCC) ‚professionelle Modelle der Versorgung‘ als eine der 15 Kräfte des Magnetismus genannt. Für die Anerkennung dieses Punkts muss ein Krankenhaus verschiedene Kriterien erfüllen. Das Professionelle Praxismodell muss die einzigartigen Bedürfnisse/Erfordernisse der Patienten ebenso berücksichtigen wie es qualifizierte Pflegekräfte voraussetzt. Letzteren muss das Praxismodell ein

⁴⁵ Der Begriff Abteilung (departmental) wird von Sieloff auf den gesamten Pflegedienst bezogen, er kann aber auf kleinere Einheiten wie eine Station oder auf einen Funktionsdienst bezogen werden.

entsprechendes professionelles Arbeitsumfeld ermöglichen, das ebenso eine evidenz-basierte Praxis wie Managementkonzepte und Theorien einbezieht. Messmer berichtet, wie sie 1989 mit der Umsetzung von Kings Theorie in einem Krankenhaus in Florida begonnen hat, und nennt verschiedene Studien, die sie auf der Basis dieser Theorie durchgeführt hat. Diese verschiedenen Aktivitäten belegen allesamt die Bedeutung, die Kings Theorie in Bezug auf Professionelle Praxismodelle zukommt.

Zusammenfassend sei gesagt, dass das konzeptuelle System von King Pflegekräften die Möglichkeit gibt, pflegerische Situationen auf einer Makro-, aber auch auf einer Mikrobene zu betrachten, zwischen diesen Ebenen zu wechseln und unterschiedliche Perspektiven einzunehmen. Dabei können je nach Wissen und Verständnis der Konzepte mehr oder weniger Aspekte des Caringsprozesses in den Blick geraten.

Die Rekonstruktion des Selbst und des Körperbilds im konzeptuellen System von King und in der Theorie der Zielerreichung hat die Bedeutung dieser Konzepte für die Pflege insgesamt, aber auch für die allgemeine menschliche Handlungsfähigkeit aufgezeigt. Das konzeptuelle System wie die Theorie können, wie die Untersuchungen zeigen, mit den Konzepten des RLT-Modells verbunden werden. Im nachfolgenden Kapitel sollen die Erkenntnisse der drei vorgestellten pflegetheoretischen Ansätze zusammengeführt und die handlungstheoretische Reformulierung des RLT-Modells durchgeführt werden.

8. EINE PRAGMATISTISCHE THEORIE DES PFLEGEHANDELNS AUF DER BASIS DES RLT-MODELLS UNTER EINBEZIEHUNG DER PFLEGETHEORETISCHEN ANSÄTZE VON PEPLAU, ROY UND KING

„Niemand entdeckt eine neue Welt, ohne eine alte aufzugeben [...]“.

John Dewey (1995: 238)

„Study the Unstudied“ (Strauss, zitiert nach Star 1997: 3.2)

Ausgangspunkt der in diesem Kapitel angestrebten Formulierung einer pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns sind die in Kapitel 2 beschriebenen fünf Konzepte des aus einem Lebens- und einem Pflegemodell bestehenden RLT-Modells: das Konzept der *Aktivitäten des Lebens* (AL), das Konzept der *Lebensspanne*, das des *Abhängigkeits-* und *Unabhängigkeitskontinuums*, das der *beeinflussenden Faktoren* und das Konzept der *Einzigartigkeit/Individualität* des Lebens, das im Pflegemodell durch das Konzept der *individualisierten Pflege* ersetzt wird. Um die professionelle Pflege als etwas von der Medizin unabhängiges Eigenes fassen zu können, wurde in Kapitel vier der Begriff des pflegerischen Funktionskreises¹ als heuristische Kategorie eingeführt. Die pflegetheoretischen Ansätze wurden dann daraufhin befragt, welchen Beitrag sie zur inhaltlichen Beschreibung des pflegerischen Funktionskreises leisten. Die Konzepte des RLT-Modells ebenso wie die in den Arbeiten von Hildegard Peplau (Kap. 5), Callista Roy (Kap. 6) und Imogene King² (Kap. 7) entwickelten Konzepte tragen sämtlich zu einem erweiterten Verständnis des pflegerischen Funktionskreises bei. Wie die Konzepte des RLT-Modells stellen sie Mittel zur begrifflichen Erfassung und Analyse des pflegerischen Handelns zur Verfügung. Im Mittelpunkt der verschiedenen Arbeiten stehen jeweils unterschiedliche Aspekte menschlichen und pflegerischen Handelns. In Anlehnung an Strauss (1997/1974) können die jeweiligen Konzepte als symbolischer *Bezugs- bzw. Referenzrahmen* gesehen werden, auf den bei der weitergehenden Bestimmung des pflegerischen Handelns Bezug genommen wird. Nach einer wichtigen Einsicht von Strauss ist das Sichtbare mit dem Unsichtbaren auf dialektische Weise untrennbar verbunden. Das Bindeglied zwischen beiden ist die menschliche Arbeit bzw. das menschliche Handeln (s. Star 1991: 265). Die genannten pflegetheoretischen Ansätze sollen in diesem Kapitel aus der Perspektive des pragmatistischen Handlungsverständnisses vor allem von Mead und dessen Weiterentwicklung durch Strauss & MitarbeiterInnen neu interpretiert werden. In Tabelle 8.1 werden die verschiedenen Konzepte der untersuchten pflegetheoretischen Ansätze zusammengefasst. Die Bedeutung der Sprache für das menschliche Handeln besteht u.a. darin, pflegerisches Handeln von anderem Handeln *abgrenzen* zu können, etwa die Laienpflege von der professionellen Pflege, sowie den Kontext pflegerischen Handelns bestimmen zu können. Der Sinn des Benennens von etwas, sei es eines Objekts, einer Person, eines Zusammenhangs für das Handeln besteht nach Strauss (1974: 23ff) darin, dass es dem Handelnden eine *Orientierung* gibt und in Bezug auf das Benannte *Erwartungen* auslöst, die wiederum auf die *Beziehungen zu uns* und *dem Benannten verweisen*. Die Erwartungen verweisen jedoch nicht nur auf unsere in der Vergangenheit liegenden Erfahrungen mit dem Benannten, sondern reichen auch in die Zukunft. Ein anderer Aspekt ist, dass dem Benannten *„Werte“* zugeordnet werden, wobei dieser Begriff auf die Beziehung zwischen dem Benannten und der Person, die damit Erfahrungen macht, verweist. In diesem Sinne begreife ich die hier unternommene Arbeit als einen ersten Schritt, der die vorgegebenen Pfade der von mir untersuchten Pflegetheoretikerinnen zum Teil weitergeht, zum Teil aber auch verlässt, um neue Verknüpfungen und Beziehungen herzustellen und andere

¹ Der Funktionskreis verweist auf den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege.

² In den vorherigen drei Kapiteln wurde die Bedeutung, die diesen drei Konzepten in den genannten pflegetheoretischen Ansätzen zukommt, entlang verschiedener Fragen rekonstruiert (s. Kap 4.7). Weiter wurden erste Anknüpfungspunkte zwischen den einzelnen pflegetheoretischen Ansätzen und den Konzepten des RLT-Modells sowie zu den in Kap. 3 gewonnenen Erkenntnissen herausgearbeitet. Schließlich erfolgte eine zusammenfassende Bewertung der pflegetheoretischen Ansätze vor dem Hintergrund der Vorstellungen zu Professionen und personenbezogenen Dienstleistungen. Das Augenmerk wurde hierbei auf den Beitrag der pflegetheoretischen Ansätze zum pflegerischen Wissenssystem gelegt und darauf, welche theoretische Begründung die einzelnen Ansätze für den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege anbieten, welche Methodologien und Handlungsstrategien hieraus für die Gestaltung der pflegerischen Dienstleistungssituation abgeleitet werden können und welche Hinweise sich aus einem inhaltlich veränderten pflegerischen Funktionskreis für die Neuausrichtung der zwischen pflegerischem und medizinischem Funktionskreis bestehenden Beziehung ergeben. Schließlich wurden die gewonnenen Erkenntnisse auf die vier Phasen des Caring-Prozesses bezogen.

Perspektiven auf die Pflege zu eröffnen. Mir ist bewusst, dass das pflegerische Handeln aus höchst unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann. Daher begreife ich die in diesem Kapitel angestrebte Transformation des RLT-Modells in eine pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns als Teilstück eines nie endenden Prozesses. Sie zielt nicht auf Endgültigkeit. Sie ist vielmehr daraufhin angelegt, offen für neue Einsichten zu sein und zu anderen Zeitpunkten erneut aufgegriffen und weiter fortgesetzt werden zu können.

Im Zentrum einer pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns stehen das *allgemeine* und das *professionelle Pflegehandeln*. Dieses in mehreren Schritten erfolgende Unterfangen macht es erforderlich, einige der in Kapitel 3 formulierten Gedanken erneut aufzugreifen und zu vertiefen. Hierbei bediene ich mich weiterer in der Tradition des amerikanischen Pragmatismus/pragmatistischen Interaktionismus entwickelter Konzepte und Ideen, um zuerst die verschiedenen Beziehungen, in denen das Pflegehandeln erfolgt, zu betrachten, um so dann eine erste Neubestimmung des Verhältnisses von Pflege und Gesundheit/Krankheit vorzunehmen und um diese schließlich unter Hinzuziehung pflegewissenschaftlicher und empirischer Erkenntnisse zu diskutieren.

Tab. 8.1: Übersicht über die Konzepte in den pflege-theoretischen Ansätzen

Roper/Logan/Tierney	Peplau	Roy	King
Aktivitäten des Lebens <ul style="list-style-type: none"> • Atmen • Essen + Trinken • Ausscheiden • Sich Bewegen • Schlafen • Für Sicherheit sorgen • Regulieren der Körpertemperatur • Kommunizieren • Persönliche Hygiene + sich kleiden • Seine Geschlechtlichkeit leben • Arbeiten + seine Freizeit gestalten/Spielen • Sterben 	Selbstsystem <ul style="list-style-type: none"> • Selbstinhalte • Selbstimage • Selbstwert • Selbstachtung • Stellung • Position • Status Selbstsichten <ul style="list-style-type: none"> • Ich bin ein Mensch der ... • Vielleicht ich ... • Nicht-Ich ... 	Physiologischer Modus <ul style="list-style-type: none"> • Atmung/ Sauerstoffaustausch • Ernährung • Ausscheidung • Aktivität und Ruhe • Schutz/Sicherheit • Sinnesfunktionen • Flüssigkeits-, Elektrolyt-, Säurehaushalt • Neurologische Funktion • Endokrine Funktion 	Personales System <ul style="list-style-type: none"> • Selbst • Wachstum + Entwicklung • Körperbild • Raum • Zeit • Coping • Lernen
Lebensspanne <ul style="list-style-type: none"> • Konzeption • Geburt • Tod 	Menschliche Bedürfnisse/ Erfordernisse Interpersonelle Gegebenheiten individueller oder sozialer Natur, die den Bedürfnissen der Persönlichkeit (Vermeidung von Angst) + die die Ausbildung und den produktiven Gebrauch von Fähigkeiten gestatten	Selbstkonzept-Modus Physisches Selbst <ul style="list-style-type: none"> • Körperpersensationen • Körperbild Personales Selbst <ul style="list-style-type: none"> • Selbstkonsistenz • Selbst-Ideal • Ethisch-moralisch-spiritueller Selbst 	Interpersonales System <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • Transaktion • Rollen • Stress
Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-kontinuum	Psychologische/soziale Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> • Lernen, die Bedürfnisse aufzuschreiben • Sich selbst identifizieren • Lernen, sich auf andere zu verlassen • Fähigkeit zur Partizipation entwickeln 	Rollenfunktionsmodus <ul style="list-style-type: none"> • Entwickeln von Rollen • Rollenübernahme • Integration von Rollen 	Soziales System <ul style="list-style-type: none"> • Autorität • Macht • Status • Entscheidungsfindung • (Kontrolle)
Beeinflussende Faktoren: <ul style="list-style-type: none"> • Biologische • Psychische • Soziokulturelle • Umwelt/umgebungsbezogene • Politisch-ökonomische 			
Einzigartigkeit des Lebens bzw. individualisierte Pflege		Interdependenz-Modus <ul style="list-style-type: none"> • Affektionale Angemessenheit • Angemessenheit der Entwicklung • Wechselseitiges Lernen in interpersonellen Beziehungen • Ressourcenangemessenheit 	
Implizite Konzepte: <ul style="list-style-type: none"> • Selbst • Selbstkonzept • Körperbild 			

8.1 SELBST UND PFLEGE: SICH ENTWICKELNDE PROZESSUALE STRUKTUREN, BEZIEHUNGEN UND HANDLUNGSKOMPETENZEN IN FORTWÄHRENDER BEWEGUNG

Ein wichtiges Ergebnis aus Kapitel 3 besteht darin, dass es sich bei dem Begriff ‚*Pflege*‘ um einen *relationalen Begriff* handelt. Pflegehandeln ist ein in mehrere Richtungen weisendes relationales Handeln. Die mit dem Begriff ‚Pflege‘ assoziierten Handlungsweisen betreffen Beziehungen, die zwischen einem oder mehreren handelnden Menschen und Gegenständen wie Natur, Tieren oder physischen Dingen wie technischen Hilfsmitteln, Hörgerät, PC, Auto, Haus etc. bestehen können. Diese Handlungsweisen können sowohl mit beruflicher Arbeit, einem Hobby oder mit Arbeit im Rahmen von Freundschaftsbeziehungen in Verbindung gebracht werden. Pflege erfolgt immer in Beziehung *auf etwas* (z.B. in Beziehung auf den eigenen Körper, das eigene Selbst, einen Gegenstand, in Beziehung auf Zustände unterschiedlichster Art oder unterschiedliche Gefühle) und/oder in Beziehung *zu jemandem*, d.h. einer anderen Person, einem Lebewesen oder zu sich selbst. Pflege ist sowohl ein *relationales* wie ein auf Objekte bezogenes *gegenständliches Handeln*, wobei die Objekte/Gegenstände des pflegerischen Handelns konkrete und handhabbare Formen annehmen können wie bei der Pflege des Körpers oder beim Erwerb von Fähigkeiten/Kompetenzen. Das pflegerische Handeln bezieht sich auf beobachtbare Objekte ebenso wie auf abstrakte und symbolische Objekte wie z.B. Gesundheit und auf schwer zugängliche Objekte wie Gefühlszustände oder Wissen und Ideen. Ein wichtiges Merkmal des pflegerischen Handelns besteht darin, dass es sich um verkörpertes Wissen/Kompetenzen handelt. Im Laufe seiner Sozialisation werden dem Menschen sein pflegerisches Wissen und die entsprechenden Kompetenzen sozusagen zur ‚zweiten Natur‘. Aus diesem Grund ist beides größtenteils implizit oder stillschweigend vorhanden und kontextgebunden. Das auf sich selbst bezogene, in Routinen/Gewohnheiten verkörperte pflegerische Handeln läuft nach dem pragmatistischen Handlungsverständnis größtenteils unbewusst ab. Solange es funktioniert, muss es nicht artikuliert werden. Und genau dieser Umstand kann in problematischen Situationen dazu führen, dass uns die Artikulation des vertrauten und persönlichen Wissens und der entsprechenden Kompetenzen nicht möglich ist oder schwer fällt.

Was die professionelle Pflege betrifft, ist diese nach Peplau im Wesentlichen ein *Handeln in Beziehungen*. Zur Erfassung des *Gegenstands des pflegerischen Handelns* bei ausgebildeten Pflegekräften spricht Peplau von einer *Transformation von Energien*, die bei der Äußerung menschlicher Bedürfnisse³ bzw. Erfordernisse in zwischenmenschlichen Beziehungen freigesetzt werden, und davon, wie diese Energien durch die Art, wie ein anderer Mensch auf das jeweilige Erfordernis eingeht, umgewandelt werden. Sie stellt fest, dass die von einem Menschen gewählte Antwort auf das geäußerte Erfordernis diesem Erfordernis genügen oder nicht genügen kann. Zwischen diesen Polen liegen vielfältige Antwortmöglichkeiten, durch die in zwischenmenschlichen Beziehungen ein Wechsel von einem Zustand in einen anderen erzeugt werden kann. Das erzielte Ergebnis wird als *Erfahrung* gespeichert. Die bei diesem Prozess gemachten Erfahrungen bezeichnet Peplau als *Erfahrungsbildung*. Die dabei möglichen und gemachten *Lernprozesse* halten wichtige Erfahrungen für die Entwicklung der Selbstsysteme sowohl des zu pflegenden Menschen wie der pflegenden Person bereit. Peplau fokussiert ihre Arbeit auf dieses Geschehen in interpersonalen Beziehungen. In ihnen eignet sich der Mensch im Laufe seiner Sozialisation die für sein Überleben wichtigen ‚*Lebenstechniken*‘ an. Greifbar werden die gemachten Erfahrungen durch die Spuren, die sie in den angeeigneten ‚Lebenstechniken‘ eines Menschen hinterlassen und damit in den Mustern seiner Fähigkeit, Beziehungen mit anderen Menschen einzugehen und sich darin einzubringen. Es geht um die Fähigkeit des betreffenden Menschen, eine Beziehung zwischen dem, was in einer spezifischen Situation geschieht, und seinen Reaktionen, also seinen Verhaltensweisen herzustellen. Alle substantiellen Erfahrungen, die

³ Wie in Kap. 5 erwähnt, hielt Peplau den Begriff ‚needs‘, der verschiedene Bedeutungen wie etwa Anforderungen, Bedarf, Belange, Erfordernis hat, noch nicht für den geeigneten. Sie löste dieses Problem jedoch nicht. Aus handlungstheoretischer Sicht ist m.E. zu entscheiden, an welcher Stelle im Handlungsprozess welcher Begriff angemessen ist. Im Meadschen Modell müsste der Begriff Erfordernis für die Phase des Impulses gewählt werden, wohingegen die Unterbrechung der Handlung je nach Anpassungsfähigkeit – unbewusst bis bewusst – eine Handlungstendenz im Sinne eines *Bedürfnisses* oder *Wunsches nach etwas*, eines *Interesses an etwas* etc. auslösen kann.

ein zu pflegender Mensch in seinem bisherigen Leben im Zusammenhang mit Pflege⁴ gemacht hat, bringt er in die professionelle Pflegekraft-Patient-Beziehung ein, indem er sie unbewusst oder bewusst in Beziehung zu den Erfahrungen setzt, die er in der gegenwärtigen Beziehung macht. Deshalb muss sich eine Pflegekraft nach Peplau bewusst sein, dass ihr Handeln weitergehende Auswirkungen auf den Patienten und damit, in der Begrifflichkeit der Pragmatisten, Konsequenzen für ihn und seine Gesundheit im weitesten Sinn hat.

King nähert sich dem Thema Beziehungen bei den drei von ihr beschriebenen, für das pflegerische Handeln wichtigen Systemen und Konzepten über ihre Theorie der Zielerreichung an. Diese kann auch als eine Theorie des **kooperativen Handelns** interpretiert werden. In ihrem konzeptuellen System verankert sie das pflegerische Handeln im institutionellen und im gesellschaftlichen Kontext. Roy hingegen legt den Schwerpunkt weniger auf das Handeln in Beziehungen, sie begreift die Pflege vor allem als **adaptives Handeln**. Hierbei kommt dem Selbstkonzept-Modus als handlungsleitendem System eine zentrale Rolle zu. Dieser Modus ist einer der vier von ihr beschriebenen Adaptationsmodi. Ihr Interesse richtet sich auf die von diesen vier Modi in Gang gesetzten Adaptations- und Copingprozessen, d.h. auf die Anpassung der in diesen Modi ausgebildeten Verhaltens-/Handlungsweisen an neue Situationen. Im Lebens- und Pflegemodell des RLT-Modells hingegen wird dem Umstand, dass die Pflege ein Handeln in Beziehungen ist, eine untergeordnete Bedeutung beigemessen, auch wenn dieser Zusammenhang im Konzept des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums und im Pflegemodell erwähnt wird. Stattdessen wird der Pflegeprozess als methodischer Ansatz zur Gestaltung und Realisierung einer individualisierten Pflege herangezogen. Die hierbei mit dem Patienten einzugehende Beziehung und die bei der Herstellung, Aufrechterhaltung und späteren Lösung dieser Beziehung zu leistende Arbeit bleiben im RLT-Modell eher unsichtbar. Wenn im RLT-Modell vom Menschen oder vom zu pflegenden Menschen die Rede ist, wird eher auf seine Einzigartigkeit bzw. auf eine auf die einzigartige Person ausgerichtete Pflege verwiesen.

Peplau, Roy und King weisen in ihren pflegetheoretischen Ansätzen dem Selbst, dem Selbstkonzept und dem eigenen Körperbild eine zentrale Rolle zu⁵. Die Gemeinsamkeit der drei Ansätze bezüglich des Selbst kann in den Worten Peplaus beschrieben werden, wonach das Selbst verstanden als Selbstsystem so etwas wie ein Bezugsrahmen ist, der eine organisierende Struktur darstellt, durch die *Erfahrungen, Ereignisse und Menschen* wahrgenommen und erkannt, akzeptiert oder abgelehnt werden. Für Peplau und King **entsteht das Selbst** eines Menschen in **interpersonalen Beziehungen**. Dieser Aspekt wird bei der Royschen Konzeption des Selbstkonzepts als Adaptationsmodus eher in den Hintergrund gedrängt, während er im Rollenfunktionsmodus und im Modus der wechselseitigen Abhängigkeit, dem Interdependenz-Modus wieder deutlich zu Tage tritt. Im RLT-Modell hingegen wird auf das Selbst, das Selbstkonzept und Körperbild nur implizit hingewiesen.

Ungeachtet der jeweiligen Schwerpunktsetzung unterstellen Peplau, Roy, King ebenso wie Roper/Logan/Tierney, dass der Mensch im Laufe seines Lebens kontinuierlich der Pflege bedarf und dass er über eine gewisse Handlungsfähigkeit verfügen muss, um sein Leben meistern und überleben zu können. Diese **allgemeine Handlungsfähigkeit**⁶ wird in den drei erstgenannten Ansätzen nicht als spezifisch pflegerische Handlungsfähigkeit ausgewiesen. Sie wird aber mit **pflegerischen Erfahrungen** in Verbindung gebracht. Im RLT-Modell konkretisiert sich diese allgemeine Handlungsfähigkeit über das Konzept der **Aktivitäten des Lebens (AL)**. Eine gemeinsame Auffassung aller pflegetheoretischen Ansätze besteht darin, dass die Pflege und das pflegerische Handeln immer in Beziehung zum **Leben** des zu pflegenden Menschen gesehen werden. Mit diesem Fokus auf das Leben des zu pflegenden Menschen⁷ kann der Bogen zum Meadschen Handlungsmodell geschla-

⁴ Unter Pflegen müssen an dieser Stelle Erfahrungen mit der selbstbezogenen Pflege wie mit der Pflege durch andere gefasst werden, d.h. passive und aktive Handlungsweisen.

⁵ Nicht zuletzt aus diesem Grund erachten alle drei Pflegewissenschaftlerinnen das Selbst als etwas Veränderliches. Sie betrachten es als einen dynamischen, im Fluss befindlichen Prozess.

⁶ Die Begriffe Handlungsfähigkeit und Handlungskompetenz werden synonym verwendet; beide in einem umfassenden Sinn.

⁷ Die Bezugseinheit wird in den einzelnen Ansätzen unterschiedlich weit ausgedehnt.

gen werden und zu dessen Vorstellungen von der Entstehung und Entwicklung des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds. Im Meadschen Handlungsmodell wird unterstellt, dass das menschliche Handeln ein *„going concern“*⁸ (MSS: 27) ist. Diese Idee machen sich Strauss und Mitarbeiterinnen bei dem von ihnen empirisch begründeten Konzept der Verlaufskurve zu Nutze (s. Strauss 1993, Strauss et al. 1985, Corbin/Strauss 1988, 1991, 1992, Corbin 1998). Mit diesem Konzept fassen sie das Handeln/Arbeiten an den vom Menschen zu bewältigenden Phänomenen wie z.B. chronischen Erkrankungen begrifflich⁹. Das im pragmatistischen Handlungsmodell von Mead enthaltende *„going concern“* verweist auf miteinander verwobene menschliche Lebensprozesse biologischer und sozialer Natur. Es ist wie das Konzept der Verlaufskurve, um das herum sich weitere zentrale Konzepte der Straußschen pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Handelns gruppieren, in Lebensprozesse, soziale Prozesse und soziale Praktiken eingebettet (s. Strauss 1993). In Kapitel 3 wurden folgende für das menschliche wie pflegerische Handeln zentrale Aspekte des Meadschen Handlungsmodells¹⁰ herausgearbeitet:

- die vier Handlungsphasen Impuls, Wahrnehmung, Manipulation, Handlungsvollzug
- der handelnde Mensch und die beim Handeln ablaufenden physiologischen Prozesse
- die Gefühle/Gefühls- und Bewusstseinszustände in Form von Wünschen, Anstrengung, Interesse und Befriedigung
- das Handlungsumfeld und die Handlungssituation (Bedingungen des Handelns)
- Raum und Zeit, d.h. Vergangenheit, trügerische Gegenwart, erwartete Zukunft
- Handlungsformen: unmittelbares Handeln (Gewohnheiten bzw. Routinehandeln), Handeln nach Versuch und Irrtum sowie reflexives (bewusstes) Handeln
- die Rolle des Selbst und von Objekten beim Handeln (Gesten, soziale, symbolische Objekte, Sprache, physische Objekte wie Gegenstände, Instrumente, Hilfsmittel, der eigene Körper etc.)
- das Denken als Handeln sowie die Bedeutung von Vorstellungen, Images und Ideen.

Für die Entwicklung und Rekonstruktion pflegerischer Handlungskompetenzen im Laufe des menschlichen Lebens sind die o.g. unterschiedenen Handlungsformen von Mead zentral. Ein Großteil menschlicher Handlungsweisen läuft unbewusst ab, d.h. wie von selbst. Diese verkörperten (im Körper verankerten) Handlungsweisen unterscheiden sich von den bewussten Handlungsweisen. Gleichwohl sind beide Handlungsweisen notwendigerweise aufeinander bezogen, wie das folgende Zitat veranschaulicht:

„[...] vernunftgelenktes Verhalten [tritt] dort auf, wo impulsives Verhalten versagt. Wo die Handlung ihre Funktion nicht erfüllt, wo die impulsive Anstrengung der Nahrungsbeschaffung erfolglos bleibt – und insbesondere, wo zueinander in Widerspruch stehende Impulse sich gegenseitig behindern und blockieren –, da kann das Nachdenken (die Vernunft) einen neuen Weg zeigen, der dem biologischen Individuum nicht offensteht. Das charakteristische Ergebnis vernünftigen Vorgehens ist, dass man sich eine andere Gruppe von Objekten sichert, auf die man reagieren kann, einen anderen Reizbereich. Es kommt zu Unterscheidung, Analyse und Umgruppierung der Objekte, die die verschiedenen zueinander im Widerspruch stehenden Impulse ausgelöst haben und die nun zu einer Reaktion führen, in der die widersprüchlichen Impulse aufeinander abgestimmt sind. Der Einzelne, der in sich selbst gespalten war, ist in seiner Reaktion wieder vereint. Insoweit aber, als wir auf die uns umgebenden Objekte direkt reagieren, ohne dabei andere Objekte jenseits der unmittelbar gesehenen, gehörten oder gespürten Objekte zu brauchen, handeln wir impulsiv. Dementsprechend handeln wir als biologische Individuen, die aus Impulsen bestehen, welche uns gegen Reize empfindlich machen und diesen Reizen unmittelbar entsprechen“ (GIG: 398; MSS: 348).

⁸ Die Idee des *„going concerns“*, eines wichtigen Begriffs der Chicagoer Soziologie und deren Nachfolger wie Everett C. Hughes (1993: 52ff), wird durch die deutsche Übersetzung in GIG zugedeckt, was erst bei einem Vergleich beider Texte deutlich wird. Die deutsche Übersetzung von *“an organism which is a going concern [...]”* (MSS: 27f) mit *„einen selbsttätigen Organismus [...]“* (GIG: 66) gibt das Prozesshafte nicht wieder.

⁹ Hughes nutzt den Begriff des *„going concerns“* zur Beschreibung von Institutionen, d.h. zur Beschreibung des *„concerns“*, das zu ihrer Entstehung, Entwicklung und ihres Endes in einem bestimmten Umfeld führt. In Bezug auf das menschliche Leben und Handeln könnte es mit *„fortlaufende Sorge bzw. „fortlaufendes Anliegen“* übersetzt werden. Im ökonomischen Sinn wird der Begriff mit *„laufender Unternehmung“* und als *„Grundsatz der Unternehmensfortführung“* übersetzt (s. www.dict.cc). Herbert Blumer (1966: 541) spricht im Zusammenhang des gemeinsamen Handelns (joint action) von einem *„ongoing process of action“* und davon, dass dieses Handeln eine Karriere bzw. eine Geschichte hat. Verlauf und Schicksal des gemeinsamen Handelns ist davon abhängig, was bei seiner Entstehung und Gestaltung passiert.

¹⁰ Dieses Handlungsschema beschreibt laut Strauss (1993: 48) Prozesse, die für jede interaktionistische Theorie des Handelns wesentlich sind sowie auch für das Verständnis entscheidender Merkmale des menschlichen Lebens und menschlicher Institutionen.

In dieser Aussage bilden sich einige der zuvor genannten Aspekte des Meadschen Handlungsmodells ab. Ein zentraler Gedanke von Mead besagt, dass die menschliche Handlungsfähigkeit und damit auch die Fähigkeit zur Pflege aus der *sozialen Formung* der Impulse erwachsen, die der menschlichen Gattung eigen sind. In Kapitel 3 habe ich im Meadschen Werk Hinweise auf pflegerisches Handeln aufgespürt und diese vor allem im elterlichen Impuls gesehen und in einer in der Biologie des menschlichen Körpers angelegten Haltung, die Mead beim erwachsenen Menschen als ‚*sympathy*‘ bzw. ‚*Mitfühlen*‘¹¹ bezeichnet. Über die von Mead erwähnten Impulse, etwa den Impuls zur Organisation von Reaktionen auf entfernte Objekte, zur Flucht vor gefährlichen Objekten, zur Ernährung und Sorge für den Nachwuchs, zum Säugen und zur Anpassung des kindlichen Körpers an die elterliche Vorsorge (s. Kap. 3.2.1, Tab. 3.1) kann eine erste Beziehung zum RLT-Modell, zu Peplaus und zu Roys Überlegungen hergestellt werden. Ein Teil der im RLT-Modell genannten AL lässt sich den in Kap. 3 genannten zehn Gruppen von Impulsen unmittelbar zuordnen, ein anderer Teil nicht. Auch alle im physiologischen Modus im Royschen Modell genannten, für die physiologische Integrität essentiellen Aspekte können hierzu in Beziehung gesetzt werden ebenso wie die von Peplau erwähnten biologischen Erfordernisse. Der elterliche Impuls und die damit assoziierte Haltung der ‚*sympathy*‘ werden in sozialen Beziehungen entwickelt und geformt, d.h. in der Beziehung zwischen Kind und Eltern. Die hier gemachten Erfahrungen kommen in dem Moment ins Spiel, wo der gegebene Handlungsfluss unterbrochen wird und eine Anpassung an veränderte Erfordernisse benötigt wird. Pflegerisches Handeln vollzieht sich in verschiedenen Beziehungsstrukturen und zeichnet sich durch unterschiedliche Formen aus. Im Zentrum stehen immer das auf sich selbst und das auf einen Anderen bezogene pflegerische Handeln.

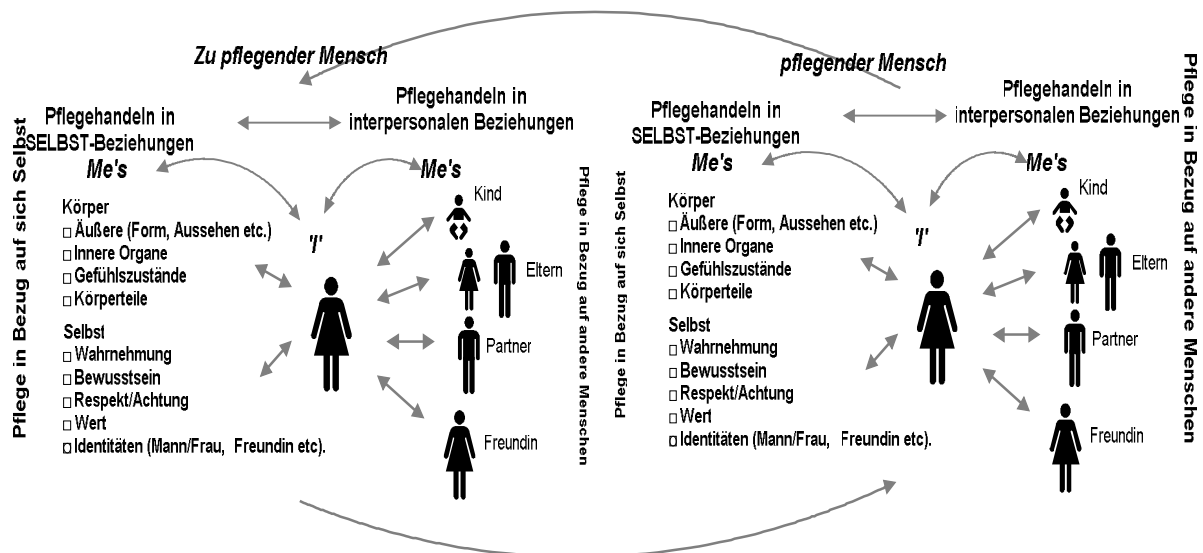
Mit dieser Differenzierung zwischen dem auf sich selbst und dem auf einen Anderen bezogenen Pflegehandeln wird eine wichtige Unterscheidung vorgenommen. Im ersten Fall geht es um ein *Handeln in einer Selbstbeziehung*, während es im zweiten Fall um ein *Handeln in einer zwischenmenschlichen Beziehung* geht. In der Reihenfolge der Entstehung geht das Pflegehandeln in der zwischenmenschlichen Beziehungsform dem auf sich selbst bezogenen Handeln voraus. Beide sind jedoch strukturell aufeinander bezogen und bedingen sich gegenseitig.

So wie die von Peplau erwähnten Lebenstechniken, werden dem Kind die Kompetenzen, die für *beide Pflegeformen* erforderlich sind, in den eingegangenen zwischenmenschlichen Beziehungen im Rahmen der Sozialisation von den Eltern und weiteren Bezugspersonen vermittelt und von ihm aktiv angeeignet. Fundamental für die Entwicklung dieser beiden grundlegenden pflegerischen Handlungskompetenzen sind die Fähigkeit zur *Rollen- bzw. Perspektivenübernahme* und die Herausbildung von unterschiedlichen Objekten in Zusammenhang mit dem pflegerischen Handeln. Auf diesen Aspekt hat vor allem Peplau Bezug genommen, indem sie immer wieder auf die Bedeutung der Sprache für das pflegerische Handeln hingewiesen hat. Ihr ging es hierbei insbesondere um die Benennung von Phänomenen oder anders ausgedrückt von *Objekten*, mit denen eine Pflegekraft bei der Pflege eines Menschen zu tun hat. Um diesen Zusammenhang zu verdeutlichen, wird im Weiteren anstelle des Begriffs ‚Phänomen‘ vom ‚Objekt‘ bzw. den Objekten des pflegerischen Handelns gesprochen. Das pflegerische Handeln *gestaltet sich um diese Objekte*, deren wichtige Funktion in ihrer Handlungsorientierung besteht. Um diese Funktion wahrzunehmen, müssen die Objekte in einer problematisch gewordenen, spezifischen Pflegesituation von den darin involvierten Personen aktiv hergestellt (konstruiert) werden. Hierbei ermöglicht die Sprache, pflegerische Objekte zu bezeichnen und eine Beziehung zwischen dem benannten Phänomen/Objekt und dem darauf bezogenen Handeln herzustellen. Dies erfordert neben der Interpretation (Ermitteln der Bedeutung) des Objekts, auch die Definition des Objekts bzw. die Vermittlung dessen, worauf es hinweist. Herausragende Ob-

¹¹ In der Pflegewissenschaft besteht eine Tendenz, den Impuls zur Pflege anderer Menschen im religiös geformten Motiv der ‚Caritas‘ zu suchen (s. die Arbeit von Käppeli 2004). Dies kann in der Tat ein starkes Motiv sein. Dies sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Notwendigkeit sich zu pflegen bzw. andere Menschen zu pflegen grundsätzlich aus dem Impuls, als Einzelner oder als Gruppe zu überleben, erwächst und nicht an Mitleid gebunden ist. Der caritative Gedanke deckt hier die anthropologische Notwendigkeit eher zu.

jekte des pflegerischen Handelns sind zum einen der **menschliche Körper** sowie alle ‚Objekte‘, die zu seiner Pflege – etwa der äußeren Erscheinung, des Körpergefühls/-empfindens -, und zur Erhaltung seiner Funktionen, verstanden als ein menschliches ‚going concern‘ eingesetzt werden. Da der Körper das konkrete Medium ist, mittels dessen der Mensch in Beziehung zu den Anderen tritt, ist die Pflege des Körpers immer in Beziehung zu den diversen **Rollen/Funktionen** zu sehen, die ein Mensch im Leben einnimmt oder wahrnimmt, und mit den entsprechenden sozial zugewiesenen Identitäten. Über den Körper bringt der Mensch sein Selbst, sein Selbstkonzept, sein Körperbild und seine Identitäten¹² zum Ausdruck, weshalb das **Selbst** des Menschen immer im Zentrum pflegerischen Handelns steht. Auf dieses Selbst bezieht sich der Mensch in der Reflexion, d.h. im (selbst)bewussten, auf sich selbst bezogenen Pflegehandeln. Hierbei verhält er sich gegenüber sich selbst wie zu einem Objekt und akzentuiert die Aspekte, die für ihn in einer bestimmten Pflegesituation von besonderer Bedeutung sind. Demnach können beim auf sich selbst bezogenen pflegerischen Handeln verschiedene Aspekte seines Selbst Gegenstand des pflegerischen Handelns eines Menschen sein, und die Art und Weise, wie er sich und was von sich er in dieser **Selbstbeziehung** pflegt, verweist auf die Erfahrungen, die er mit seiner ursprünglichen Pflege durch andere gemacht hat. Dieser Zusammenhang wird in Bezug auf das Pflegehandeln eines Menschen in Abbildung 8.1. angedeutet.

Abb. 8.1: Pflegehandeln in Selbstbeziehung und in interpersonalen Beziehungen



Das Geschehen in pflegerischen bzw. generell in sozialen Beziehungen ist Ausgangspunkt der theoretischen Überlegungen sowohl von Peplau wie von Mead bezüglich der Genese des Selbst. Für das Erlernen des eigenen pflegerischen Handelns ist der ‚schützende ‚elterliche‘ (parental) Impuls höchst relevant. Ebenso sind die diversen Aspekte des vierphasigen Handlungsmodells in Bezug auf die mitfühlende Haltung im Blick zu behalten. Für die Pflege liefert die Haltung des ‚Mitfühlens‘ (der ‚*sympathy*‘) den ersten Handlungsimpuls, d.h. sie leitet die erste Phase des pflegerischen Handlungsprozesses über die **Situationsdefinition** ein. Damit diese Haltung, die ‚*attitude of care*‘ entstehen kann, bedarf es der Stimulation. Die Grundlage hierfür stammt aus der ‚Kind-Eltern-Haltung‘. Instinktiv übernimmt das Kind die elterliche Haltung als Antwort auf seine eigene kindliche Haltung, eine Handlungstendenz, die nicht immer offen ist. Zwei aus der Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern hervorgehende Verhaltensformen spielen hier eine Rolle: die **Imitation** des Kindes und zum anderen die ‚**mitfühlende Antwort**‘ (*sympathetic response*) der Eltern. Die Voraussetzung für die Entfaltung dieser beiden Verhaltensformen ist nach Mead das **Vorhandensein der Fähigkeit zur Rollen- bzw. Perspektivenübernahme**¹³.

¹² In Kap. 3 wurden verschiedene Arten sozialer Identitäten diskutiert. Dies bedeutet, dass in der Pflegesituation immer auch geklärt werden muss, ob und welche Identitäten eines Menschen im Zentrum des Pflegehandelns stehen.

¹³ Ich werde im Weiteren den Begriff der Perspektivenübernahme dem Begriff der Rollenübernahme vorziehen, nicht zuletzt auch deshalb, weil ersterer das Zeit- und Raumverständnis von Mead angemessener widerspiegelt ebenso wie das Meadsche Verständnis eines fortwährenden Handelns.

Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wird von Peplau im Zusammenhang mit der Herausbildung des Selbst bzw. des Selbstsystems erwähnt; von Roy vor allem im Zusammenhang mit dem Rollenfunktionsmodus. Bei King scheint sie eher implizit über das Konzept der Rolle durch. Die eigentliche Bedeutung, die dieser Fähigkeit für das menschliche einschließlich des pflegerischen Handelns zukommt, wird jedoch *in allen genannten pflegetheoretischen Ansätzen nicht erkannt*. In ihr drückt sich aber die *Sozialität* des Menschen aus, und sie begründet seine spezifische Fähigkeit, mehrere Dinge zur gleichen Zeit zu sein. So wie die vokale Geste bei der Entstehung und Entwicklung des Selbst und dessen spezifischer prozessualer dialogischer Struktur eine zentrale Rolle spielt, kommt ihr eine entscheidende Bedeutung bei der Entwicklung von ‚*sympathy*‘ bzw. der Haltung des ‚Mitfühlens‘ zu. Die vokale Geste ermöglicht dem Menschen, sich selbst zu stimulieren und auf sich selbst so zu reagieren, wie andere es getan haben oder tun¹⁴. Bei Mead ist der Erwerb der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme die entscheidende Voraussetzung, um überhaupt ein Selbst ausbilden und das eigene Handeln reflektieren zu können. Diese Fähigkeit ist für das *Bewusstsein vom eigenen Selbst*, für *Selbstkontrolle* und *Selbstführung* bzw. *Selbststeuerung* wichtig. Sie ist an den Spracherwerb und an die Herausbildung von Objekten gebunden. Die oben erwähnte edukative Funktion ist ohne diese Fähigkeit nicht entwickelbar.

Werden die wenigen Hinweise von Mead zur Haltung des Mitfühlens konsequent auf pflegerische Situationen und pflegerisches Handeln übertragen, dann muss die Ausbildung der Fähigkeit, sich selbst oder andere zu pflegen, analog zur Entwicklung des Selbst gedacht werden. Die Fähigkeit, sich selbst und andere zu pflegen, gründet auf der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme. Sie beschreibt eine ‚*Selbst-Andere-Beziehung*‘, eine ‚*Selbst-Selbst-Beziehung*‘ sowie eine ‚*Selbst-Objekt-Beziehung*‘. Sie geht mit der Entwicklung des Selbst einher und ist *an die Entwicklung der Haltung des Mitfühlens* gebunden. Wie das Selbst ist auch die Pflege bzw. der Vorgang des Pflegens als eine Form des sozialen Handelns ein evolutionäres, emergentes Phänomen. Dessen Erscheinungsweisen, Ausdrucksformen und Verlauf werden durch *die Beziehungen*, die ein Mensch im Rahmen seiner eigenen Pflege, bei der Pflege Anderer oder durch Andere eingeht, sowie durch die beim pflegerischen Handeln gemachten *Erfahrungen* mehr oder weniger gestaltet und geformt. So wie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme für die Entwicklung des Selbst essentiell ist, ist sie es auch für die Pflege und für die erforderlichen Kompetenzen. Der Entstehungs- und Entwicklungsprozess ist derselbe. An dieser Stelle soll auf die in Kap. 3 von Mead genannten zwei Formen von Sympathie zurückgegriffen werden:

1. die Bereitschaft, jemanden beizustehen, ihm behilflich zu sein
2. die Bereitschaft, mit einem Menschen zu fühlen.

Um sich selbst oder einen anderen Menschen überhaupt pflegen zu können, muss die unter 2. genannte Form von Sympathie entwickelt werden. Dieser Entwicklungsprozess wurde in Kap. 3 als einer beschrieben, bei dem dem Spiel, dem organisierten Spiel und dem generalisierten Anderen bzw. den sozialen Welten/Arenen, in die der Mensch verwickelt ist, wichtige Rollen zukommen. In der Haltung, die Mead als Sympathie bezeichnet und die wie die Imitation auf der Übernahme der Rolle/der Perspektive des Anderen beruht, reagiert man nicht nur auf den Anderen, sondern man rekonstruiert den Anderen mehr oder weniger bewusst, indem man sich an seine Stelle setzt und seine Rolle/Perspektive in Bezug auf sich selbst einnimmt.

„Wäre dieser Prozess nicht vorhanden, würde der Mensch nicht von der Gemeinschaft beeinflusst, in der er lebt. Es ist die kreative Imagination, die für den Einfluss verantwortlich ist, den andere auf das Selbst haben (ISS: 67)“.

Dieser rekonstruktive Prozess wird eingeleitet, indem die ‚mitfühlende‘ Person sich auf eine andere Person bezieht und auf das reagiert, was (in ihr) die Haltung des ‚Mitfühlens‘¹⁵ auslöst (etwa wenn man sieht, dass der an-

¹⁴ In Kap. 3 klingt an, dass Mead die damaligen Vorstellungen zur Imitation für unzureichend hielt. Er benötigte eine Weile, bis er mit dem Konzept der Rollen- bzw. Perspektivenübernahme eine zufriedenstellende Antwort auf dieses Problem gefunden hatte. Das war erst 1912/13 der Fall (s. Cook 1993: 78).

¹⁵ Es wäre zu kurz gegriffen, die Haltung des ‚Mitfühlens‘ nur auf leidvolle Aspekte des menschlichen Lebens zu beschränken. Pflegerisches Handeln hat, worauf Peplau hinweist, u.a. mit der Vermittlung elementarer ‚Lebenstechniken‘

dere bestimmte Dinge wie gehen oder eine Tasse halten nicht alleine leisten kann, dass er Schmerzen empfindet etc., oder dass er stolz auf bestimmte Leistungen ist wie etwa das Kleinkind, wenn es alleine auf dem Topf sitzt und etwas produziert). Der *kooperative Charakter des Mitfühlens* markiert laut Mead (MSS 299f; GIG 347f) zugleich auch dessen Grenze. Um dem Mitfühlen einem Anderen gegenüber Ausdruck verleihen zu können, ist die *mitfühlende Person auf eine Antwort des Anderen* angewiesen. Ohne diese Antwort ist ein *aktives Mitfühlen* nicht möglich. Um über die zuerst genannte Form des Mitfühlens im Sinne der Bereitschaft, einem Anderen zu helfen, hinaus zu gelangen, muss die pflegende Person erkennen, *worauf sie antworten* soll. Sie muss zu einer Vorstellung dessen gelangen, was den Handlungsfluss des Anderen hemmt und wie sie den Anderen durch ihr pflegerisches Handeln bei der Wiederaufnahme des unterbrochenen Handlungsflusses unterstützen kann. Da das Objekt des pflegerischen Handelns, auf das sich sowohl die pflegende Person wie der zu pflegende Mensch beziehen, nicht einfach da ist, muss es im Handeln von beiden aktiv hergestellt werden. Dies geschieht in der zweiten Phase des Meadschen Handlungsmodells, in der *Wahrnehmung*. In dieser Phase wird die problematische Situation definiert und das Objekt des pflegerischen Handelns bestimmt. Erst diese Bestimmung erlaubt, die unterbrochene Handlungslinie wieder aufzunehmen. Es handelt es sich dabei um einen *interpretativen Vorgang*, bei dem Metaphern (bildliche Vorstellungen), Ideen, Vorstellungen, Begriffe, soziale Objekte und Erfahrungen zentrale Rollen spielen. Diese sind das Material mittels dessen das angestrebte Objekt des pflegerischen Handelns zwischen den involvierten Personen konstruiert wird. In der nächsten Handlungsphase, der *Manipulation*, kann das Objekt aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, bzw. man kann sich von unterschiedlichen Standpunkten auf es und auf seine Bedeutung beziehen, die in der Handlungsbereitschaft besteht, und den angestrebten Handlungsverlauf ermitteln. Grundsätzlich zwingt ein unterbrochener Handlungsfluss den Menschen zur Anpassung an die neue Situation und zur Bestimmung des Objekts, in Bezug auf das er handelt. Erfolgt die Neuausrichtung der Handlungslinie bewusst, so wird es möglich, das Objekt des Pflegehandelns zu untersuchen, über es nachzudenken und einen Plan zu entwickeln, wie in Bezug auf es zu handeln sei (s. Blumer 1966: 539). Die Basis für die Anfänge dieser zweiten Form des Mitfühlens wird wiederum innerhalb der Struktur der Eltern-Kind-Beziehung gelegt.

Übertragen auf das pflegerische Handeln in seinen verschiedenen Varianten bedeutet dies, dass die ‚mitfühlende Haltung‘¹⁶, die für die zweite Form der Sympathie bestimmend ist. Zur Abgrenzung von der ersten Form von Sympathie wird diese Form im Weiteren als ‚*intelligentes Mitfühlen*‘ bezeichnet. Diese ist für beide Formen pflegerischen Handelns wichtig. Sie steht nicht einfach zur Verfügung, sondern muss im wahrsten Sinne des Wortes zuerst *entwickelt, aktiv angeeignet und kultiviert werden*. Dies gilt erst recht, wenn die im familiären Bereich entwickelten Pflegekompetenzen in den öffentlichen Raum und auf Institutionen übertragen und in einer *Beziehung zwischen Fremden*¹⁷ angewandt werden. In dieser Beziehung sind gewisse Bedingungen der Eltern-Kind-Beziehung wie ‚gefühlsmäßige Bande‘ (etwa in Form von Vertrauen, Sicherheitsempfinden) oder eine

oder anders ausgedrückt mit der Vermittlung von elementaren Kompetenzen zu tun. Erfahrungsbildung beinhaltet Lernprozesse.

¹⁶ Alle Eltern benötigen eine gewisse Zeit, bis sie die vielfältigen Äußerungen ihres Kindes lesen und richtig deuten können, und umgekehrt benötigt das Kind seinerseits Zeit für die richtige Interpretation der von den Eltern an es gerichteten Gesten und Zeichen. Eltern wie Kind müssen sich kennen lernen und aneinander gewöhnen. Dieser Gedanke klingt in der in Kap. 3 dargestellten Tabelle 3.1 bei der Gruppe von Impulsen an, wo von der Anpassung des kindlichen Körpers an die elterliche Vorsorge die Rede ist. Angelehnt an die von Mead benutzte Metapher der Gebärmutter, wonach die Eltern analog der *Gebärmutter* für das Kind die besten Möglichkeiten zu seiner Entfaltung bereit halten sollen, würde eine ‚entwickelte Fähigkeit des Mitfühlens‘ eine Orientierung an der situationsspezifischen Unterstützung des Kindes bei der selbstbezogenen, später bei der auf andere Menschen bezogenen Fähigkeit beinhalten und dabei die Möglichkeiten des Kindes und die Bedingungen der jeweiligen Situation berücksichtigen.

¹⁷ Auch wenn es gewisse Ähnlichkeiten bezüglich Struktur und Funktion zwischen den Beziehungen gibt, unterscheidet sich die Eltern-Kind-Beziehung von der Pflegekraft-Patient-Beziehung dadurch, dass es sich bei ersterer um eine diffuse Sozialbeziehung handelt und bei letzterer um eine spezifische, rollenförmige Sozialbeziehung. Als ein entscheidendes Merkmal der ersten Beziehung erachtet Oevermann (2004: 175f) die Nicht-Substituierbarkeit aufgrund folgender vier Strukturbedingungen: die konstitutive Körperbasis (man ist das Kind von diesen Eltern), die prinzipielle Unkündbarkeit (man bleibt lebenslang das Kind dieser Eltern), eine nicht formalisierbare Form der bedingungslosen Vertrauensbildung sowie eine generalisierte Affektbindung (s. hierzu auch Raven 2009a: 144).

„*Vertrautheit*“ miteinander weder gegeben, noch stellen sie sich automatisch her. Das in der Meadschen Metapher der Gebärmutter bildlich verkörperte pflegerische Umfeld der Eltern-Kind-Beziehung kann auf eine Beziehung zwischen Fremden und deren institutionellen Rahmen nicht ohne weiteres transferiert werden. Stattdessen muss ein solches, dem familiären verwandtes Umfeld in jeder neuen Beziehung zwischen einem professionell Pflegenden und einem zu pflegendem Menschen immer wieder aktiv hergestellt werden. Das aktive Herstellen-Können eines solchen Umfeldes unter Fremden und wie im Fall des Krankenhauses in einer fremden Umgebung bedeutet ein Arbeiten, das professionell erlernt werden muss. Hierbei kommen die von Peplau beschriebene Funktion des Selbst als Anti-Angst-System und damit die mit ihm verbundenen Erfahrungsformen der Spannungen und Energietransformation zum Tragen (s. auch Pkt. 8.3.1). Mit anderen Worten, die „mitfühlende“ Haltung (der Pflege) erfordert wie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme mehr, als ein bloßes sich an die Stelle des Anderen Setzen oder ein sich mit ihm Identifizieren. Den Ausführungen zu dieser Fähigkeit in Kap. 3 kann entnommen werden, dass es sich hier um eine äußerst komplexe Fähigkeit handelt, deren Entwicklung höchst unterschiedliche Qualitäten annehmen und Dimensionen aufweisen kann und die aus unterschiedlichen Standpunkten heraus erfolgen kann. Es geht um mehr als um *Identifikation*. Letztere beinhaltet nach Mead, dass Unterschiede *beseitigt* werden, was bei einer emotionalen Identifikation mit einem anderen Menschen der Fall ist¹⁸. *Intelligentes Mitfühlen* hingegen erfordert das *Anerkennen von Unterschieden*¹⁹. Dies setzt die Fähigkeit zur *Grenz-ziehung* voraus, zur Trennung zwischen sich selbst und dem Anderen. Für die professionelle Pflege geht es im ersten Schritt um die Identifikation der Kompetenz des zu pflegenden Menschen hinsichtlich der auf sich selbst und auf andere Menschen bezogenen Pflege und des vorliegenden Handlungsproblems, in den Worten Roys um die Identifikation des fokalen Stimulus, in denen von Mead um die Identifikation des Objekts des pflegerischen Handelns. Im zweiten Schritt geht es sodann um die Anerkennung der Unterschiede, die zwischen der doppelten Kompetenz der zu pflegenden Person und der doppelten Kompetenz der pflegenden Person bestehen. Gegenstand der in einer Pflegebeziehung zu leistenden Arbeit ist der ins Stocken geratene Handlungsfluss der selbstbezogenen und/oder auf andere Menschen bezogenen Pflege und/oder der ins Stocken geratene Handlungsfluss der Menschen, die den zu pflegenden Menschen pflegen (sein pflegerisches Bezugssystem). Die Notwendigkeit, den zu Pflegenden in Bezug auf seine auf sich selbst bezogene Pflege²⁰ bzw. in seiner Fähigkeit zur Pflege anderer zu unterstützen, ist in diesem „*Stocken*“ zu suchen. Es gilt, das situationsbezogene konkrete Ausmaß des Zusammenbruchs der Gewohnheiten in einer bzw. beiden Formen des Pflegehandelns des zu Pflegenden zu identifizieren und in Bezug darauf, zu welchen Objekten die Gewohnheiten ausgebildet worden sind. Erst auf dieser Basis kann - wenn der zu pflegende Mensch dazu nicht imstande ist -, die Art der konkreten „Unterstützung“ des zu Pflegenden durch einen Anderen bestimmt werden, damit der unterbrochene Handlungsfluss fortgesetzt werden kann. Für die Entwicklung der auf sich selbst und auf andere Menschen bezogenen pflegerischen Kompetenzen der pflegenden Person ist es wichtig, beide Kompetenzen im Kontext der spezifischen Pflegebeziehungen zu reflektieren, da diese, wie Peplau herausgestellt hat, das Geschehen in einer pflegerischen Beziehung beeinflussen. Wie erwähnt, kann das in der Eltern-Kind-Beziehung zum Tragen kommende elterliche Pflegehandeln auch andere institutionelle Formen annehmen, etwa die Form der Beziehung zwischen einer professionellen Pflegekraft und einem zu pflegenden Menschen. So wie Eltern bestimmte Funktionen gegenüber dem Kind wahrnehmen, nimmt die Pflegekraft bestimmte Funktionen gegenüber dem zu pflegenden Menschen wahr.

¹⁸ Hier kann es zu einer Verschmelzung kommen, die der geforderten kreativen Problemlösung geradezu im Weg steht. Emma Engdahl (2005: 57) beschreibt anhand des Meadschen Handlungsmodells drei verschiedene Formen des menschlichen Austauschs mit der Umwelt, die für die Herausbildung eines Selbst und emotionalen Selbst wichtig sind und mit dem Erwerb der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme einhergehen: 1) funktionale Identifikation, 2) Übernahme der Haltung in Bezug auf ein Ding/Sache/Gegenstand [thing] (in Bezug auf sich selbst) und 3) Übernahme der Haltung von Anderen (in Bezug auf sich selbst). Die erste Form ist die Basis auf der sich die beiden anderen Formen infolge des gestörten Handlungsflusses erst herausbilden.

¹⁹ Meads Verständnis von Mitfühlen basiert auf seinem Demokratieverständnis. Nur vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, was er unter einer „sympathetic relationship“ versteht.

²⁰ Bei der Konzentration auf die auf sich selbst bezogene Pflege eines zu pflegenden Menschen gerät dessen Fähigkeit, andere Menschen zu pflegen, in der Regel aus dem Blick.

Peplau, Roy und King haben diese Funktionen einer professionellen Pflegekraft in ihren Arbeiten im Kontext der *Unterstützung und Erhaltung von Lebensprozessen* sowie *von Gesundheit* mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung gedeutet. In dieser professionellen Beziehung sind analog zur Eltern-Kind-Beziehung der zu pflegende Mensch und die Pflegekraft *funktional* und *strukturell aufeinander bezogen*. Bei der Übertragung der Eltern-Kind-Beziehung auf die professionelle Pflege geht es um die Übertragung der *Struktur* und *Funktionsweise* dieser Beziehung. Die zwischen Kind und Eltern strukturell bestehende *wechselseitige Abhängigkeit/Interdependenz* zeichnet auch die Beziehung zwischen einer Pflegekraft und dem zu pflegenden Menschen aus. Eine zentrale Funktion der Eltern-Kind-Beziehung besteht darin, das Kind in die Gesellschaft hinein zu sozialisieren und ihm in diesem Prozess grundlegende Kompetenzen oder in den Worten Peplaus ‚Lebenstechniken‘ zu vermitteln, zu denen auch die Fähigkeit zur auf sich selbst und auf andere Menschen bezogenen Pflege gehört. Hierbei handelt es sich im Kern um (re)generative und lebenserhaltende Kompetenzen. Beide Formen pflegerischen Handelns und die damit verbundenen jeweiligen Kompetenzen werden von den Pflege theoretikerinnen stillschweigend vorausgesetzt. Ihre Vermittlung von Seiten der Eltern und ihre Aneignung durch das Kind sind jedoch die Voraussetzung dafür, die von ihnen beschriebenen Lebensprozesse aufrechterhalten zu können, die Gesundheit erst ermöglichen. Die Kenntnis der *Genese und der Bedingungen der Aneignung, Aufrechterhaltung und Modifikation dieser Kompetenz in beiden Formen des Pflegehandelns in menschlichen Beziehungen* ist jedoch ebenso wichtig wie Kenntnisse darüber, welche Beziehungen zwischen diesen Kompetenzen und den *Lebens- und Krankheitsprozessen* bestehen. Der in den referierten pflege theoretischen Ansätzen eingenommene Blick auf die Pflege muss hier insofern erweitert werden, als das auf sich selbst und auf andere Menschen bezogene Pflegehandeln als *Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Lebensprozesse* und damit *von Gesundheit* bestimmt wird. Ausgangspunkt und wichtigster Ort zur Vermittlung der für beide Formen des Pflegehandelns erforderlichen Fähigkeiten/Kompetenzen ist die Eltern-Kind-Beziehung, d.h. der *familiäre Kontext*. Vermittels der elterlichen Kompetenz zur Pflege eines anderen Menschen macht das Kind wichtige Erfahrungen, die sein Verhältnis oder seine Beziehung zu sich selbst und zu seinem Körper sowie zu anderen Menschen nachhaltig prägen.

An dieser Stelle soll der in Kap. 3 entwickelte Gedanke, wonach Pflege im Kern eine fortwährende Arbeit am Selbst, am Selbstkonzept und Körperbild ist, weiter ausgeführt werden. Für die Arbeit am Selbst vermittelt des pflegerischen Handelns ist wichtig, dass das Selbst im Meadschen Verständnis nicht auf eine Persönlichkeitsstruktur abhebt, sondern auf eine *Struktur der Selbstbeziehung*. Hierbei handelt es sich eine prozessuale Struktur, in der das ‚I‘ und das ‚Me‘ (das ursprüngliche und das gewordene Ich) in einem kontinuierlichen Dialog stehen. Die vom Menschen zu leistende Arbeit besteht darin, seinen Bezug/seine Beziehungen zu unterschiedlichen Menschen, Dingen oder Objekten der symbolischen oder natürlichen Umwelt in den verschiedenen sozialen Situationen zu einem einheitlichen Ganzen, d.h. zu einem Selbst zu synthetisieren. Diese *fortwährende Strukturierungsleistung* ist für die Handlungsfähigkeit des Menschen essentiell (s. auch Kap. 3.3). In solchen sozialen Beziehungen, deren primärer Anlass die Pflege eines Menschen ist, erlebt und erfährt der zu pflegende Mensch an seinem Körper und an seiner Person, wie auf seine menschlichen Erfordernisse, wie auf ihn als Mensch, d.h. auf seine Handlungserfordernisse und -kompetenzen eingegangen wird. Er lernt über Andere, d.h. über die pflegenden Personen, wie er auf seine unterschiedlichen Erfordernisse selbst eingehen kann, was akzeptiert wird und was nicht. Er erfährt, dass durch das pflegerische Handeln sein Selbst, seine Kompetenzen, seine im Mittelpunkt stehenden ‚Me‘ materiell/körperlich, emotional und sozial bestätigt oder negiert werden. Hierbei kann das Selbst insgesamt positiv bestärkt werden. Es kann aber auch verletzt und beeinträchtigt werden, wenn die ‚mitfühlende Haltung‘ der Sympathie in ihr Gegenteil, d.h. in Antipathie umschlägt²¹, die sich in Umgangsformen wie

²¹ In Bezug auf die Pflegekraft-Patient-Beziehung beschreibt Sigridur Halldorsdottir (2008:650) fünf verschiedene Umgangsformen: 1. das Leben ermöglichen (biogenic), 2. das Leben erhalten (bioactive), 3. dem Leben gegenüber neutral sein (biopassiv), 4. das Leben be-/einschränken (biostatic), das Leben zerstören (biocidic). Es liegt auf der Hand, dass je nachdem, welche dieser Umgangsformen das Geschehen in der Pflegebeziehung prägen, sich die Erfahrungen und die Ergebnisse unterscheiden.

Gleichgültigkeit, Unachtsamkeit bis hin zu totaler Ablehnung zeigt (s. hierzu Kap. 3.4.4, Oevermann 2004, Raven 2009a, 2009b). Der intime Charakter des pflegerischen Handelns berührt nicht nur die diversen ‚Me‘ und die sozial zugewiesenen Identitäten des zu pflegenden Menschen, sondern mehr oder weniger auch seine personale und körperliche Integrität²². Dieser intime, bildlich gesprochen hautnahe, d.h. die Haut berührende und ‚unter die Haut gehende‘, den Menschen im Kern berührende Charakter des pflegerischen Handelns ist zugleich Quelle wie Angriffspunkt wechselseitiger Anerkennung oder Verletzung. Die Gefahr für letztere ist besonders dann gegeben, wenn das Selbst, das Selbstkonzept und/oder das Körperbild der zu pflegenden Person aufgrund einer Erkrankung Erschütterungen ausgesetzt sind. Aber nicht nur die zu pflegende Person wird beim Pflegen berührt, auch die pflegende Person selbst, da sie in der Beziehung erfährt, wozu sie imstande ist (Machtausüben, Manipulieren, Sich-Unterordnen, Beherrschen, Bewirken, Befähigen, Fördern, Vernichten). Inwieweit der pflegenden Person ihr pflegerisches Leistungsvermögen in einer bestimmten Pflegebeziehung und in Bezug auf die allgemeine und pflegerische Handlungskompetenz des zu pflegenden Menschen bewusst ist, ist eine weitere Frage. Wichtig ist, dass der Mensch über Andere, d.h. in einer **Selbst-Andere-Beziehung** lernt, **wie er sich pflegen kann, was eine gute Pflege ist, was Wohlbefinden etc. bedeutet und welcher Kompetenzen er für seine eigene Pflege und die anderer Menschen bedarf**. Da pflegerisches Handeln immer **mit Folgen oder Konsequenzen** verbunden ist, kommt mit Peplau dem, was in einer pflegerischen Beziehung gleich welcher Art passiert, eine maßgebliche Rolle zu. Darüber hinaus hat die Form, in der das pflegerische Handeln stattfindet, für das Erlernen und Aneignen pflegerischer Kompetenzen eine eigene Bedeutung. Sie bildet den **strukturellen Rahmen** dieser Beziehung und sie konstituiert zugleich den sozialen, kulturellen, symbolischen und personalen Möglichkeitsraum, d.h. den Kontext²³, innerhalb dessen der in dieser Beziehung im Mittelpunkt stehende Anlass und Gegenstand (der eigene Körper, Aspekte des Selbst, Gefühle etc.), sowie Umfang und Art der Pflege und das anzustrebende Ziel des pflegerischen Handelns verhandelt werden. An dieser Stelle kann das **Konzept der beeinflussenden Faktoren** des RLT-Modells aufgegriffen und auf die Beziehungsstrukturen der beiden Formen des pflegerischen Handelns bezogen werden. Es liegt auf der Hand, dass pflegerisches Handeln im gesunden Zustand auf andere Dinge gerichtet ist als beim Vorliegen von Krankheit. Darüber hinaus können weitere Umstände wie das häusliche Umfeld, eine fremde Umgebung, das soziale Klima oder kulturelle Unterschiede etc. Einfluss auf den Verlauf der Pflegebeziehung und auf das pflegerische Handeln haben.

Hildegard Peplau hat sich mit der Struktur der Pflegekraft-Patient-Beziehung, mit dem Verlauf dieser Beziehung, den in ihr zum Tragen kommenden Dynamiken und den dabei einzunehmenden Funktionen/Rollen von Pflegekraft und zu pflegendem Menschen befasst. Mit Blick auf diese Beziehung und das, was darin geschieht, hat sie auf vier, von jedem Menschen zu erlernende und zu bewältigende psychologischen Aufgaben hingewiesen. Diese sind: 1. sich auf andere zu verlassen lernen, 2. die Befriedigung aufzuschieben lernen, 3. sich selbst zu identifizieren lernen und 4. die Fähigkeit zur Partizipation entwickeln. Weiter beschreibt sie, wie sich eine anfangs asymmetrische Beziehung im Verlauf der Beziehung in eine symmetrische verwandeln kann. Hierzu bedarf es jedoch der **Kenntnis der Muster**, nach denen Menschen unbewusst oder bewusst **miteinander in Beziehung treten**, und der Kenntnis, **welche Funktion diese Muster** für beide Parteien in der spezifischen Beziehung haben²⁴. Das von Peplau eingeführte Konzept der ‚Wechselseitigkeit‘ liefert wichtige Hinweise zur Beziehungsgestaltung und auf entsprechende Verhaltensmuster. Die Muster und ihre Funktion haben Auswirkungen auf das Handeln, auf den Verlauf der Beziehung und damit auf das Ergebnis. Sie bedingen das interpersonale Handeln.

²² Dies ist das Thema vieler Untersuchungen über chronisch Kranke (s. bspw. hierzu die Arbeiten von Strauss et al. 1985, Corbin/Strauss 1988, Charmaz 1983, 1997, 1999a +b, 2000, Morse/Johnson 1991, Schaeffer 2009, Schaeffer/Moers 2011).

²³ In ihrer Untersuchung von Sterbeverlaufskurven haben Glaser/Strauss (1965/2009) auf vier unterschiedliche Bewusstseitskontexte hingewiesen: ein geschlossener Bewusstseitskontext, ein befürchteter /geargwöhnter Bewusstseitskontext, ein Bewusstseitskontext wechselseitiger Täuschungen und ein offener Bewusstseitskontext. Jeder Bewusstseitskontext ist durch verschiedene Interaktionsformen charakterisiert.

²⁴ An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die ‚mitfühlende‘ Haltung im Rahmen von Beziehungen mit Menschen ausgebildet wird, mit denen **man vertraut ist und sich verbunden fühlt**.

Peplaus Einsichten können mit Blick auf die *AL* und das **Konzept des ‚Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Kontinuums‘** noch erweitert werden, wenn die in der Eltern-Kind-Beziehung bzw. in der Beziehung Pfleger-der/zur Pflegenden zum Tragen kommenden Beziehungs- oder Verhaltensmuster daraufhin analysiert werden, inwieweit sie die Abhängigkeit von anderen fördern oder zur Selbststimulation und zur Befähigung in beiden Formen des Pflegehandelns anregen. Peplaus Arbeit legt nahe, dass ihr keine Beziehung mit einer autoritären Beherrschungsstruktur vorschwebte, sondern dass sie grundsätzlich auf eine **partizipative Beziehungsstruktur** setzte, die Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet und auf wechselseitigem Respekt und Anerkennung basiert.

In allen pflegetheoretischen Ansätzen wird deutlich, dass der engere Kontext der Beziehung zwischen einer pflegenden Person und einem zu pflegenden Menschen **durch den erweiterten**, d.h. **durch den institutionellen** wie den **gesellschaftlichen Kontext** beeinflusst wird. Letzterer bildet sich im Mikrokosmos der jeweiligen Pflegebeziehung ab. In diesen Handlungsräumen oder auch Kontexten treffen unterschiedliche soziale Welten²⁵ aufeinander, repräsentieren sich die sozialen Lebensprozesse in den diversen Arenen, innerhalb derer das pflegerische Handeln seine jeweilige Ausdrucksform findet und verhandelt wird. Auch wenn die jeweilige Beziehungsstruktur und der jeweilige Kontext den Möglichkeitsraum der handelnden Personen definieren, können der zu pflegende Mensch und die pflegende Person die Grenzen dieses Raums aufgrund der menschlichen Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum Mitfühlen im Rahmen der von ihnen zu leistenden Rekonstruktionsarbeit gegenseitig erweitern. Dieses dem Menschen eigene Potenzial kann sich in ‚festgestellten‘ Beziehungsstrukturen und/oder ‚geschlossenen Bewusstseitskontexten‘²⁶ (Glaser/Strauss 1965/2009) aber nur bedingt entfalten. Grundsätzlich ergibt sich, dass das, was unter möglichem Pflegehandeln verstanden wird, in unterschiedlichen Beziehungsstrukturen, Kontexten, sozialen Welten/Arenen erheblich variiert

Hierin liegt ein **erster** grundlegender Ansatz zur Reformulierung des RLT-Modells, insofern die verschiedenen Konzepte des Modells nunmehr im Kontext **von Beziehungen** und **sozialen Welten/Arenen**²⁷ gedeutet werden. Mit dem Konzept der sozialen Welten/Arenen lassen sich etwa die Konzepte **Raum** und **Zeit**, die King innerhalb des personalen Systems diskutiert, mit allen Systemebenen Kings verbinden oder, anders formuliert, mit der Mikro-, Meso- und Makroebene und deren Einfluss auf das Handeln. Zum anderen können damit die Interaktionsprozesse, die sich im Zusammenhang mit der Pflege ergeben, aus einer erweiterten Perspektive gedeutet werden. So können die diversen Prozesse beleuchtet werden, die zur Zielerreichung führen und die Fortsetzung des pflegerischen Handlungsflusses ermöglichen, aber auch jene, die diese erschweren und behindern. In der Eltern-

²⁵ In einer Pflegebeziehung zwischen Fremden sind die sozialen Welten, denen ein zu pflegender Mensch angehören kann, nicht identisch mit den sozialen Welten des pflegenden Menschen. Dieser Umstand kann zu erheblichen Auseinandersetzungen, Missverständnissen etc. in Bezug auf den pflegerischen Anlass und das weitere Vorgehen führen. Unter Bezugnahme auf Strauss' (1993: 225ff) Vorstellungen zu sozialen Welten/Arenen ist in diesem Fall die Pflegekraft-Patient-Beziehung die **Arena**, in der Fragen der Pflege zur Sprache kommen. Hier wird nicht nur gepflegt, sondern in dieser Arena erscheinen Pflegekraft und Patient/Bezugssystem, hier stellen sie sich öffentlich dar. (s. auch Soeffner 1991a+b: 9).

²⁶ Der Umstand, dass der Mensch lebenslang der Pflege bedarf und hierbei auf seinesgleichen angewiesen ist, ist mit der idealisierten Vorstellung eines autonomen Individuums schwer zu vereinbaren. Sie muss offenbar verdrängt und ausgeblendet werden, was zu einem veränderten Bewusstsein hinsichtlich der Voraussetzungen, Kompetenzen und Bedingungen der beiden Formen pflegerischen Handelns führt.

²⁷ Die Pflege erfolgt in einer Vielzahl höchst unterschiedlicher Beziehungen und sozialer Welten/Arenen. Dieses komplexe Beziehungsnetzwerk und die sich in den Arenen dabei kreuzenden sozialen Welten weisen über die engere Beziehung Pfleger-der/zur Pflegenden hinaus. Dieser Sachverhalt hat Einfluss auf die Gestaltung und den Verlauf von Pflegebeziehungen. Wenn Angehörige mehrerer sozialer Welten bzw. Subwelten mit ihren ‚multiplen Perspektiven‘ (Mead) aufeinandertreffen, dann beinhaltet dies die Möglichkeit von Meinungsverschiedenheiten und Konflikten in Bezug auf anstehende Fragen oder deren Lösung, wobei es zu Einigungen von kurzer oder anhaltender Dauer kommen kann. Strauss nutzt den Arena-Begriff bildlich (figurativ) und in einer mehrdeutigen Weise, in dem er diesen Begriff sowohl symbolisch-räumlich als auch in einem zeitlich-prozesshaften Sinn verwendet, wenn er auf die Interaktionen in den Arenen verweist. Handeln in Arenen verweist auf Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die einzuschlagende Handlungsrichtung. Im Kern geht es um die Verständigung auf Grundsätze/Verfahrensweisen (policies), wie das zur Disposition stehende Handeln bzw. der unterbrochene Handlungsfluss fortgesetzt werden können (s. Strauss 1993: 227). Nach Strübing (2007: 91) verweist der Begriff der Arena auf einen diskursiven Vermittlungsmodus in und zwischen verschiedenen sozialen Welten. Soziale Welten stehen für den Zusammenhalt des Gleichgerichteten, Arenen für den Austausch zwischen Divergentem“ (Strübing 2007: 97).

Kind-Beziehung, d.h. in den sozialen Welten/Arenen der Familie entwickelt das Kind die Kompetenz, sich selbst und andere zu pflegen. Der Prozess des Aneignens, Aufrechterhaltens und der Adaptation dieser doppelten Kompetenz an veränderte Umstände ist an das Leben der Menschen gebunden. Er beginnt mit der Geburt und endet mit dem Tod. Er erstreckt sich in der Begrifflichkeit von Roper et al. über die gesamte *Lebensspanne*²⁸ eines Menschen. Dieses Konzept kann mit den von Peplau, Roy und King benutzten Begriffen des Lebens und von Lebensprozessen in Beziehung gesetzt werden. Ganz allgemein ist das auf sich selbst wie auf andere Menschen bezogene Pflegehandeln ein *Handeln in und über die Zeit*, bei dem *unterschiedliche Räume wahrgenommen, betreten und durchschritten werden*. Das Pflegen als spezifisch menschliches Handlungsvermögen, das auf die aktive Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst, mit Anderen, mit den Dingen und der sozialen Umwelt im Sinne der Lebenserhaltung verweist, unterliegt während des gesamten Lebens einem Verlauf, in dem das aktive Aneignen, Aufrechterhalten, Verlernen, Modifizieren und Adaptieren dieser beiden grundlegenden Fähigkeiten/Kompetenzen stattfindet. Es wird durch die oben erwähnten vielfältigen pflegerischen Beziehungen sowie vom vorherrschenden Pflegeverständnis der daran beteiligten Personen als Mitglieder einer bestimmten Gesellschaft geformt und geprägt. Um die Bedeutung dieser menschlichen Arbeit besser in den Blick zu bekommen, soll im nächsten Abschnitt das Konzept der Verlaufskurve, das Herzstück der von Strauss (1993) ausformulierten pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Handelns für eine pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns fruchtbar gemacht werden. Sie ist das Ergebnis seiner Interpretation und Weiterentwicklung des Handlungsschemas von Dewey und Mead auf der Basis empirischer Untersuchungen²⁹ (s. Kap.3.3.2). Corbin/Strauss (1992) haben das Konzept der Verlaufskurve weiterentwickelt, die damit zusammenhängenden Konzepte in einen Verlaufskurvenbezugsrahmen gefasst und sie im Rahmen ihres Pflegemodells für die Pflege chronisch kranker Menschen nutzbar gemacht. Im vorliegenden Kapitel gehe ich einen Schritt weiter, indem ich versuche, ausgehend vom Meadschen Handlungsbegriff das Konzept der Verlaufskurve und die damit korrespondierenden Konzepte wie Verlaufskurvenprojektion, Verlaufskurvenphasen, Verlaufskurvenschemata, Bedingungen/ Umstände, Handhabung bzw. das Management der Verlaufskurven, biographische Einflüsse und Einflüsse des täglichen Lebens, Arbeitstypen wie etwa biographische Arbeit, Gefühlsarbeit (s. auch Corbin/Strauss 1992, Corbin 1988) grundsätzlich auf das pflegerische Handeln und auf das gesamte Leben eines Menschen zu beziehen und weiter zu entfalten.

Beide Formen des pflegerischen Handelns erfolgen im Laufe des von gesunden wie von kranken Phasen charakterisierten Lebens der Menschen in unterschiedlichen Beziehungen, Institutionen (Familie, Krankenhaus, Pflegeheim), Räumen (privat/öffentlich) und sozialen Welten/Arenen, die allesamt das Pflegehandeln beeinflussen. Das pflegerische Handeln als ‚going concern‘ und kooperatives Handeln ist höchst heterogen, variabel und vielfältig. Um diese Heterogenität zu fassen, werden hier zwei wichtige Konzepte eingeführt, das Konzept des ‚*Grenzobjekts*‘ (boundary object³⁰) und das der ‚*Grenzarbeit*‘. Das Konzept der Verlaufskurve benutze ich in der Folge als ‚boundary object‘, das die Kooperation verschiedener Personen zu ermöglichen hilft. Bowker/Star (2000: 297) definieren Grenzobjekte als

²⁸ Die Lebensspanne setzt bei Roper et al. mit der Zeugung ein und endet beim Tod. Insofern mag – je nach eingenommener Perspektive (Fötus, schwangere Frau, werdende Eltern, Professionelle) –, die Rede vom aktiven Aneignen pflegerischer Kompetenzen fremd klingen.

²⁹ An dieser Stelle soll der Hinweis genügen, dass die Orientierung des professionellen Handelns am Konzept der Verlaufskurve prinzipiell die Chance eröffnet, den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf aus der Sicht des handelnden pflegebedürftigen und häufig chronisch kranken Menschen in seiner Vielschichtigkeit und seiner Bedingtheit von unterschiedlichsten Beziehungen zu erkennen und das Handeln aller an der Arbeit der Verlaufskurve beteiligten Personen besser aufeinander abzustimmen. Diese verschiedenen Menschen bilden eine interaktive Handlungsgemeinschaft und sind – wie Haller (2000: 22) formuliert – die Urheber der diversen Verlaufskurven.

³⁰ Nach Strübing (2005: 255) geht der Begriff ‚boundary object‘ (Grenzobjekt) auf Susan Star und James Griesemer (1989) zurück. Diese haben vorgeschlagen, den Begriff auf Objekte zu beziehen, die in mehreren sozialen Welten zugleich beheimatet sind. Dass sich das Verlaufskurvenkonzept gut als gemeinsamer *Bezugsrahmen* für die Kooperation zwischen Medizin und Pflege eignet, habe ich erstmals 1996 in meinem Beitrag ‚Artikulation und Kommunikation im Prozess der Versorgung‘ im Lehrbuch *Krankheitslehre und Pflege* zum Ausdruck gebracht (s. Mischo-Kelling 1996).

„Objekte, die sowohl in verschiedenen ‚Handlungsgemeinschaften‘ zu Hause sind als auch deren Informationsanfordernisse befriedigen. Sie sind hinreichend formbar (plastisch), um sich an die lokalen Erfordernisse und an die Bedingungen der verschiedenen sie nutzenden Parteien anzupassen, wie auch robust genug, um eine gemeinsame Identität über die einzelnen Bereiche hinweg aufrechtzuerhalten. Es sind schwach strukturierte Objekte bei der gemeinsamen Benutzung, und sie werden zu stark strukturierten bei der individuellen lokalen Nutzung. Sie können abstrakte oder ganz konkrete Objekte sein. Sie haben eine unterschiedliche Bedeutung in den verschiedenen sozialen Welten, aber ihre Struktur ist allgemein genug, um sie in mehr als in einer sozialen Welt erkennbar und zu einem Übersetzungsmittel zu machen. Das Schaffen und das Management von Grenzobjekten ist ein Schlüsselprozess beim Entwickeln und Aufrechterhalten des Zusammenhalts (der Kohärenz) sich kreuzender sozialer Welten“

Grenzobjekte können von unterschiedlicher Art³¹ sein und unterschiedliche Funktionen innehaben. In ihrer Studie über das zoologische Museum in Berkeley (Kalifornien) haben Star/Griesemer (1989) vier Typen von Grenzobjekten beschrieben, die von den Angehörigen der verschiedenen Gruppen, die im und für das Museum arbeiteten, aktiv hergestellt worden sind³². Diese Grenzobjekte erlaubten ihnen, ihre Arbeit aufeinander abzustimmen und miteinander zu kooperieren, ohne dass hierzu ein besonderer Konsens erforderlich war. Strübing (2005: 258) beschreibt (technische) Gegenstände, Pläne, Ideen und Konzepte als Grenzobjekte. Er hebt hervor, dass diese Grenzobjekte

„innerhalb einer Arena für die Vertreter der verschiedenen sozialen Welten von zentraler Bedeutung, d.h. handlungsrelevant sind. Sie dienen als Übersetzungsmedium, „an das die wechselseitigen Bedürfnisse, Erwartungen und Anforderungen der verschiedenen in den Prozess“ [der Krankenversorgung, der Versorgung von zu Pflegenden, Hinzufügung MMK] „involvierten sozialen Welten adressiert werden“ (Clarke 1991: 134, zitiert in Strübing 2005: 258).

Ulrike Höhmann (2007: 137f) begreift das im Folgenden zu beschreibende Verlaufskurvenkonzept, von ihr Trajektmodell genannt, in Anlehnung an Star/Griesemer (1989) als ein ‚Grenzobjekt des Verstehens‘³³. Es erlaubt das In-Beziehung-Setzen unterschiedlicher Perspektiven, der akutmedizinischen (cure) und der lebensweltorientierten (care) Perspektive, und ermöglicht auf dieser Basis die Auswahl angemessener, auf die Situation des zu pflegenden und zu behandelnden Menschen bezogener Interventionen.

Das Konzept der Verlaufskurve, verstanden als ‚Grenzobjekt‘, kann nicht nur als Bezugspunkt der beiden Formen pflegerischen Handelns (selbstbezogenes/auf andere Menschen bezogenes) dienen, es erlaubt auch, die verschiedenen pflegetheoretischen Ansätze und die Konzepte des RLT-Modells aufeinander zu beziehen, zu integrieren und die verschiedenen Perspektiven und sozialen Welten der in die Pflegeverlaufskurvenarbeit involvierten Personen beim Aufeinandertreffen in den unterschiedlichen Arenen miteinander zu verbinden. In diese Arenen treffen die sozialen Welten des zu pflegenden Menschen einschließlich der Mitglieder seiner Bezugssysteme, die Perspektiven und sozialen Welten der beruflich/ professionellen Pflegekräfte, die anderer Berufsgruppen/Professionen sowie die Perspektiven der Gesellschaft in Bezug auf Phänomene wie Pflege, Gesundheit und Krankheit aufeinander. Das Konzept der Verlaufskurve bietet hierbei die Chance, die zwischen Pflegeverlaufskurven und Krankheitsverlaufskurven bestehenden Beziehungen herauszuarbeiten und so zu einem erweiterten Verständnis der Zusammenhänge zu gelangen. Das zweite genannte Konzept, das der ‚**Grenzarbeit**‘, geht auf Thomas F. Gieryn (1983) zurück, der es eingeführt hat,

³¹ Das Konzept des ‚boundary object‘ ist inzwischen von Forschern aus verschiedenen Disziplinen aufgegriffen worden (s. Phelps/Reddy 2009, Clarke 2010: 587ff, Fox 2011: 70ff).

³² Hierzu gehörten Magazine (repositories), Idealtypen oder platonische Objekte (ideal types), Gebiete mit übereinstimmenden Grenzen (coincident boundaries) und Formulare und Etiketten (standardized forms) (s. Star 2004: 72; Star/Griesemer 1989: 410)

³³ In einer früheren Arbeit hat Höhmann (2002: 60) das Trajektmodell aufgegriffen, um es als gemeinsamen Orientierungsrahmen für einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Qualitätsentwicklungsprozesse von Versorgungsketten zu erörtern. Hierbei orientierte sie sich an dem Phasenmodell von Riemann/Schütze (1991), das im Kontext der Biographieforschung entwickelt wurde.

„um die ideologischen Bemühungen von Wissenschaftlern zu beschreiben, ihre Arbeit und deren Ergebnisse von nichtwissenschaftlichen intellektuellen Aktivitäten/Handlungen abzugrenzen“.³⁴

Dieser Arbeitstypus kommt vor allem in den erwähnten Arenen zum Tragen. Die verschiedenen sozialen Welten bzw. Subwelten innerhalb einer sozialen Welt und die in einer Arena handelnden Personen treffen hier etwa aufeinander, um Fragen der Pflege zu verhandeln. Hier weisen sie sich ihre Handlungsrollen wechselseitig zu, hier behaupten sie ihr jeweiliges Selbst und ihre im Zentrum stehenden Identitäten. Hier grenzen sie sich voneinander ab und beziehen sich aufeinander. In diesen beschreibbaren Handlungsräumen nehmen das *interpersonale System* und das *soziale System* von King konkret Gestalt an. In diesen Arenen, d.h. den konkreten und diskursiven Handlungsräumen, an diesen Grenzen und Schnittstellen, den Grenzgebieten zwischen verschiedenen sozialen Welten werden, in den Worten Kings, Ziele aktiv mit einander ver- und ausgehandelt (s. auch Soeffner 1991b: 8). Im Folgenden sollen zunächst wichtige Vorstellungen zum Konzept der Verlaufskurve referiert werden.

8.2 DAS KONZEPT DER VERLAUFSKURVE: EIN WICHTIGER BAUSTEIN FÜR DIE TRANSFORMATION DES RLT-MODELLS IN EINE PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHE THEORIE DES PFLEGEHANDELNS

Wie die Rekonstruktion und Diskussion der Konzepte des Selbst, des Selbstkonzepts und Körperbilds in den drei pflegetheoretischen Ansätzen deutlich gemacht haben, ist es zwingend geboten, die Pflege als eigenständiges Phänomen zu denken und keineswegs als eines, das nur in Zusammenhang mit Krankheit in Erscheinung tritt. Um den Gedanken der Pflege als emergentes, evolutionäres Phänomen, als menschliches ‚going concern‘ greifbar zu machen, wird an dieser Stelle das Konzept der Verlaufskurve eingeführt.

Das Konzept der Verlaufskurve^{35,36} (trajectory) wurde von Strauss und seinen Mitarbeiterinnen (Soziologinnen, Pflegewissenschaftlerinnen 1985, 1987, 1988, 1992) entwickelt und in vielen Studien zur Analyse der im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu leistenden Arbeit am, um, für und mit dem Patienten immer weiter ausformuliert. In neueren Veröffentlichungen (Corbin/Strauss 1988: 33 ff, 1992, Corbin 1994) wird es – wie im vorherigen Abschnitt erwähnt - als Verlaufskurven-Modell bzw. Verlaufskurvenbezugsrahmen beschrieben und auf die Pflege chronisch Kranker übertragen. Das Konzept der Verlaufskurve wurde erstmals 1968 von Glaser/Strauss (1968/2007) in ihrer Untersuchung ‚Time for Dying‘ zur Beschreibung von Sterbeverläufen eingesetzt (s. Strauss et al. 1985: 8; Strauss 1985a, Strübing 2007). Seitdem wurde es auf verschiedene soziale Phänomene wie Schmerz, chronische Krankheiten, Biographien usw. angewandt. Es ging um das Verständnis und

³⁴ Auch Strauss (1982: 185ff, 1993: 214f) spricht von Grenzen und Grenzziehung im Zusammenhang mit sozialen Welten/Arenen. Grenzen sind für ihn nicht etwas Fixes oder Unveränderliches. Er weist vielmehr darauf hin, dass Grenzen in den diversen Arenen, wo Menschen als Angehörige derselben oder unterschiedlicher sozialer Welten aufeinandertreffen, von diesen immer wieder neu gesetzt und hergestellt werden. Hierbei kann es zu Grenzüberschreitungen und Grenzverzerrungen kommen. Die Grauzonen oder auch Schnittstellen von Grenzen sind beweglich und variabel. Strauss macht das Thema Grenzziehung nicht zu seinem Hauptanliegen, sondern er konzentriert sich auf die Untersuchung von Prozessen der Segmentierung/ Differenzierung, der Gestaltung von Schnittflächen, der Legitimation und auf Fragen der Glaubwürdigkeit (s. Strauss 1993: 215).

³⁵ Der Begriff der Verlaufskurve wird in neueren deutschsprachigen Arbeiten mit dem Begriff ‚Trajekt‘ übersetzt (s. u.a. Corbin/Hildebrand/Schaeffer (2009) zur Geschichte dieses Konzepts im Kontext gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen).

³⁶ Die Arbeiten von Strauss und MitarbeiterInnen sind insbesondere im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und dem für die Pflege relevanten Konzept der (Krankheits-)Verlaufskurve in der Pflegewissenschaft rezipiert worden (s. Woog 1992, Bernstein Hyman/Corbin 2001, Höhmann 2002, 2006, 2007, Hellige 2002, Lorenz-Krause/Uhländer-Masiak 2003, Gerwin/Lorenz-Krause 2005, Friesacher 2008, Schaeffer/ Moers 2008, Schaeffer 2009). Ausgangspunkt in all diesen Arbeiten ist die jeweils im Mittelpunkt stehende **chronische Erkrankung** und nicht **das Pflegehandeln** als solches. Einen etwas anderen Weg beschreitet Heiner Friesacher (2008: 150 – 163; 176ff). Er bezieht das Konzept der Verlaufskurve einmal auf die Intensivpflege, zum anderen auf die häusliche Pflege. Er beschreibt den idealtypischen Pflegeverlauf eines Intensivpatienten, vier verschiedene Arten von Pflegesituationen und unterschiedliche Dimensionen intensivpflegerischen Handelns. Im häuslichen Bereich wählt er ebenfalls das Konzept der Verlaufskurve, jetzt angelehnt an Corbin/Strauss 1988. Je nach Verlauf, Pflegesituationstyp und Patiententypologie unterscheidet sich das professionelle Pflegehandeln. Darüber hinaus sind die Arbeiten von Strauss, Strauss et al. in die bisherigen Veröffentlichungen der Autorin im Zusammenhang mit der Modifikation des RLT-Modells eingeflossen (s. insbesondere Mischo-Kelling 2001a).

die Analyse dessen, wie diese Phänomene allgemein von den diversen Berufen, den Betroffenen und ihren Bezugspersonen wahrgenommen werden, und wie die erwähnten Phänomene zum Gegenstand von Arbeiten werden, die eine differenzierte Arbeitsorganisation erfordern (s. Riemann/Schütze 1991: 33). Strauss hat in seinen Publikationen mit unterschiedlichen MitautorInnen verschiedene Verlaufskurven beschrieben. So nennen Fagerhaugh/Strauss (1977) neben Schmerzverlaufskurven, die Verlaufskurven neuer Technologien oder soziale Verlaufskurven, womit sie den Lebensstil eines Menschen fassen. Carolyn Wiener et al. (1997) gehen auf das Zusammenspiel von Verlaufskurven und Biographien ein. Stefan Timmermans (1998) erweitert das Verlaufskurven-Konzept um das der multiplen Verlaufskurve. Fritz Schütze (1981, 2006) beschreibt verschiedene Erlebensverlaufskurven. Er unterscheidet zwischen negativen und positiven Verlaufskurven. Erstere nennt er Fallkurven, letztere Steigkurven (s. Schütze 1981). Doris Schaeffer und Martin Moers (2008, 2009) erweitern das Konzept der Verlaufskurve um das Konzept des Bewältigungshandelns³⁷, ein Thema, welches auch im Zentrum des Royschen Adaptationsmodells (RAM) steht. Höhmann (s. 2006, 2007) stellt in diversen Arbeiten das Bewältigungshandeln ins Zentrum der so genannten Trajektarbeiten³⁸.

Mit der Übertragung des Konzepts der Verlaufskurve auf chronische Krankheiten wird eine wichtige, jedoch leicht zu übersehende Transformation des Konzeptes eingeleitet. Diese besteht darin, dass das Verlaufskurven-Konzept das *Feld der Krankheit* verlässt und auf das *allgemeine Feld der Arbeit* bzw. *des menschlichen Handelns* übergeht. Das Phänomen *Krankheit* wird jetzt *in Beziehung zu der damit verbundenen Arbeit* in den verschiedenen organisatorischen Kontexten und den dabei einzugehenden Arbeitsbeziehungen aller involvierten Personen einschließlich des erkrankten Menschen *gesetzt* (s. Baszanger 1998: 363). Im Zentrum der Verlaufskurve steht nunmehr das Handeln der mit der Krankheit eines Menschen befassten Menschen. Somit abstrahiert das Konzept der Verlaufskurve von der spezifischen Sicht einzelner Gesundheitsberufe. Obgleich es sich mit dem Verlauf chronischer Erkrankungen befasst, liegt der Fokus auf der *zu leistenden Arbeit* und weniger auf dem von den Professionellen wie von Laien verwendeten Begriff des Krankheitsverlaufs (s. auch Strauss 1985: 3f). Es geht über die Beschreibung des rein physiologischen Verlaufs der Erkrankung/Gesundung (also den Krankheitsverlauf) hinaus. Es bezieht alles mit ein, was an ärztlicher und pflegerischer Einwirkung bzw. was an menschlicher Zuwendung in den Prozess einfließt, einschließlich dessen, was die Betroffenen selbst dazu tun (Strauss et al. 1985: 8). Das Konzept fügt allem, was von den Professionellen als Behandlungsplan, als therapeutischer Plan oder Pflegeprozess verstanden wird, die *Dimension der Erfahrung* oder auch den Aspekt des Schicksalhaften, des ‚Durchmachens‘ und ‚Ausgesetztseins‘ hinzu (Dewey 1934, zitiert in Corbin/Strauss 1988: 34, 1988: 50). Es umfasst das gesamte Spektrum menschlichen Handelns. Es ist nicht nur auf einen Handlungstyp, den des rationalen Handelns beschränkt, sondern beinhaltet aktive wie passive, leidvolle wie freudvolle, innovative und kreative Aspekte. Damit greift es die im pragmatistischen Handlungsschema implizit enthaltene Idee der Arbeit ebenso auf, wie es aktiv an Meads Vorstellungen von Zeit und Raum sowie von multiplen Per-

³⁷ Sie grenzen den von ihnen gewählten Begriff des Bewältigungshandelns zum einen von dem des Copings in seiner psychologischen und sozialen Variante ab, zum anderen von dem von Strauss et al. benutzten Begriff des Managements. Schaeffer/Moers (2008: 11) verstehen unter Bewältigung „die von einem Individuum unternommenen Handlungsanstrengungen, um mit der Krankheitssituation und ihren zahlreichen biographischen, sozialen, alltagsweltlichen und krankheitsbezogenen Implikationen umzugehen. Darin ist sowohl das aktiv eingreifende, wie auch das reaktive bzw. passive Handeln eingeschlossen“. Und an anderer Stelle heben sie hervor, dass die theoretisch zentrale Erkenntnis ihrer Studien darin besteht, „dass das primäre Interesse der Erkrankten nicht der Krankheit, sondern dem durch sie **irritierten Leben** gilt. Denn aus der Sicht der Erkrankten berührt die Krankheit alle Dimensionen ihres Lebens, ruft zahlreiche Irritationen hervor, provoziert Unsicherheiten, ja beschädigt ihr Leben. Dies erklärt, warum auch ihre Bewältigungsbemühungen in erster Linie auf das durch die Krankheit aus den Fugen geratene Leben konzentriert sind und keineswegs [...] vorrangig an das direkte Krankheitsgeschehen adressiert sind. Die dazu individuell gesuchten und gefundenen Bewältigungsstrategien können höchst unterschiedliche Ausprägungen annehmen, verfolgen aber immer das Ziel, das durch die Krankheit **beschädigte Leben** (Hervorhebung: MMK) zu reparieren und wieder unter Kontrolle zu bringen und kommen gewissermaßen *Überlebensstrategien* gleich.“ (Schaeffer/Moers 2008: 12)

³⁸ Sie nennt insgesamt fünf Formen der Bewältigungsarbeit: (1) krankheitsbezogene und (aus der Pflegebedürftigkeit) sich ergebende Arbeiten, (2) alltagsbezogene Arbeiten, (3) biographische und psychosoziale Arbeiten, (4) Arbeiten des Selbstmanagements, (5) Informations- und Koordinationsaufgaben (s. Höhmann 2006: 26f).

spektiven anknüpft, und wie es die beim Handeln benutzten Technologien einschließlich der Gefühle unterschiedlichster Art berücksichtigt (s. Strauss 1993: 52, Strauss 1994: 76).

An anderer Stelle habe ich angeregt, das Konzept der Verlaufskurve direkt auf das Pflegehandeln zu beziehen und von einer Pflege-Verlaufskurve³⁹ (s. Mischo-Kelling 2001a: 33) zu sprechen. Ich möchte diese Idee hier erneut aufgreifen, indem ich mich auf den Gedanken von Strauss⁴⁰ beziehe, wonach das Konzept der Verlaufskurve anwendbar ist auf

1. den Verlauf eines beliebig erfahrenen, über die Zeit sich entwickelnden Phänomens wie z.B. die Pflege (s. auch Legewie/Schervier-Legewie 2004)
2. die Handlungen und Interaktionen, die zu seiner Entwicklung beitragen.

Denn es heißt:

„Phänomene entfalten sich nicht einfach automatisch, noch sind sie schlicht determiniert durch soziale, ökonomische, politische, kulturelle oder andere Umstände. Sie werden eher oder sind teilweise *geformt bzw. sie werden durch die Interaktionen* der beteiligten Akteure *gestaltet*. Einige Phänomene verändern sich über lange Zeiträume nicht. Hier ist es sinnvoll zu wissen, wie die Interaktionen der Beteiligten zu dieser Stabilität beigetragen haben. Das zentrale Konzept der Verlaufskurve versteht die Untersuchung von Phänomenen und darauf bezogener Interaktionen mit Leben und Bewegung; es zwingt uns auch, die Interagierenden als aktiv in den Versuch der Formung des Phänomens involviert zu betrachten (Strauss 1993: 53f; Strübing 2007:119f).

Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, handelt es sich bei der Pflege um ein sich über die Zeit erstreckendes Phänomen, dem sich jeder Mensch unabhängig von jeglicher Krankheit zum Zwecke des Überlebens sein Leben lang stellen muss⁴¹. Dieser anthropologisch wichtige Aspekt gerät bei der engen Bindung des Konzepts der Verlaufskurve an chronische Krankheiten aus dem Blick. Die Fokussierung auf chronische Erkrankungen in den Arbeiten von Strauss und MitarbeiterInnen hat nach Strübing (2007: 119) den Aspekt des ‚Erleidens‘ und ‚Ausgeliefertseins‘ besonders dominant erscheinen lassen. Strauss (1993: 53) erkennt selbstkritisch eine gewisse Mehrdeutigkeit darin, wie er und seine Mitautorinnen dieses Konzept genutzt und entwickelt haben. Er gibt zu bedenken, dass im pragmatistischen Handlungsschema und in seiner daraus abgeleiteten Version des Verlaufskurvenkonzepts nicht notwendigerweise zwischen den zwei möglichen Formen eines Handlungsverlaufs unterschieden wird, nämlich zwischen einem rationalen und einem problematischen Verlauf des Handelns. Wird bei ersterem alles sorgfältig geplant und entsprechend durchgeführt, kann im anderen Fall der Handlungsverlauf darauf ausgerichtet sein, im Verlauf entstandene oder entstehende unvorhergesehene Probleme zu handhaben. Diese können manchmal so ‚schicksalhaft‘ erscheinen, dass die Kontrolle des Handlungsverlaufs bedroht oder sogar praktisch unmöglich wird (Strauss 1993: 53). Er interessiert sich vor allem für die letztere Variante, betont aber, dass er die Anwendung des Konzepts in einem breiteren Kontext sieht⁴².

³⁹ Strübing (2007: 119f) macht deutlich, dass das Konzept der Verlaufskurve weiter gefasst werden kann und nicht nur die Seite des Leidens, die im Zentrum der Arbeiten von Strauss et al. stehen, betonen muss, sondern durchaus auch andere Dimensionen erfassen kann.

⁴⁰ Und ebenso auf die eingangs erwähnte Redewendung ‚study the unstudied‘ (s. Star 2007; 3.2).

⁴¹ Dieser Gedanke findet sich implizit in einem Vortrag von Strauss (1985a: 10), in dem er beschreibt, wie ein an einer chronischen Erkrankung leidender Mensch sein Leben organisieren und den Umgang mit der Krankheit lernen muss. Der Umgang mit dem eigenen Körper, das Hören auf den Körper und das Bemerkens körperlicher Symptome erfordert die Entwicklung personenbezogener Handlungsformen, um eine körperliche Verschlechterung zu verhindern. Diese Handlungsformen unterscheidet er von medizinischen oder pflegerischen Interventionen, d.h. von den professionellen Interventionen. Die von Strauss als personenbezogen bezeichneten Handlungsformen stellen Formen des auf sich selbst bezogenen pflegerischen Handelns dar.

⁴² Den Sinn und Zweck der von ihm formulierten Handlungstheorie und deren zentrale Konzepte sieht er darin, zu einem allgemeinen Verständnis von Handeln und Forschen beizutragen. Beides müsse aber zu ‚local concepts‘ führen, d.h. zu Konzepten, die für das jeweilige Phänomen, etwa die Pflege, spezifisch sind. In diesem Zusammenhang verweist er auf einige Merkmale wie Dauer (kurz/lang), erwartet/nicht erwartet, freiwillig/unfreiwillig, viel/wenig Kontrolle, einige wenige (inkl. Kollektive) oder viele interagierende Verlaufskurven. Danach können verschiedene Typen von Verlaufskurven unterschieden werden, die aufgrund der Kombination von Typ und Merkmal klassifiziert werden. Was die Typen betrifft, differenziert er je nach den involvierten Handelnden zwischen Verlaufskurven von Kollektiven, von einer Anzahl von Menschen bzw. von einzelnen Menschen (s. Strauss 1993: 65f).

Laut Susan Leigh Star (1997; 6.4) besteht ein intellektuell unwiderstehlicher Aspekt des Verlaufskurven-Konzepts im Bereich chronischer Krankheiten darin, dass es formelle und informelle Aspekte der Analyse vermischt. So bilden

„die zeitlichen Dimensionen der Verlaufskurven den formellen Aspekt ab, d.h. wie Menschen, Gegenstände und Arrangements sich in unterschiedlichen Frequenzen bewegen. Was bei diesen Unterschieden jedoch nicht in den Blick kommt, was also herausfällt, ist das Informelle, das ad-hoc und fortwährend neu Verhandelte wie Erwartungen, Anpassungen, Lebensqualität, Selbstliebe und Selbstabscheu. Es ist diese Kombination von offen und geschlossen, von abstrakt und konkret, die das Verlaufskurvenkonzept zu einem subtilen und leistungsfähigen (powerful) Konzept machen“ (Star 1997; 6.4).

Und genau diese Argumente machen das Konzept auch für die Erforschung und Erkundung des pflegerischen Handelns attraktiv. Dies setzt allerdings voraus, die Pflege zunächst einmal losgelöst von der Krankheit, ob akut oder chronisch, zu denken.

Bei der Übertragung des Konzepts der Verlaufskurve auf die Pflege⁴³ wird radikal vom Menschen ausgegangen, der, um zu überleben, fortwährend zur Pflege gezwungen ist und sich entsprechende Kompetenzen aneignen muss. Die Vermittlung dieser pflegerischen Kompetenzen, ihre Aneignung, Erhaltung, Modifikation und Transformation sind mit Arbeit verbunden. Von daher muss die Pflege im Zusammenhang mit der mit ihr verbundenen Arbeit in den verschiedenen Kontexten und sozialen Welten/Arenen (Familie, Gesundheitswesen, Gesellschaft) sowie mit den dabei einzugehenden Arbeitsbeziehungen aller involvierten Personen einschließlich des zu pflegenden Menschen selbst gesehen werden. Dabei müssen die zur selbstbezogenen und die zur Pflege anderer Menschen benötigten Materialien⁴⁴ und Technologien berücksichtigt werden, da diese Einfluss auf die erforderliche Arbeit und den Verlauf haben. Insofern muss an das oben erwähnte Konzept der multiplen Verlaufskurven angeknüpft werden, da sich bei der Pflege von Menschen im Familienkontext – sei es eines Kindes, eines kranken Familienangehörigen, eines alten Menschen – notwendigerweise mehrere (Pflege-)Verlaufskurven überkreuzen. Timmermans⁴⁵ (1998) Überlegungen, wonach sich im Lauf des menschlichen Lebens vielfältige Verlaufskurven kreuzen und gegenseitig beeinflussen, sind ebenso wichtig wie seine Berücksichtigung von Materialien, Gegenständen und Technologien (non-human actants)⁴⁶. Timmermans (1998: 430) macht darauf aufmerksam, dass eine im Zentrum stehende Verlaufskurve gegenüber anderen, sich damit kreuzenden Verlaufskurven automatisch privilegiert ist. In Studien, die sich mit chronischen Krankheiten und den entsprechenden Verlaufskurven befassen, steht immer diejenige Arbeit im Mittelpunkt, die den Patienten und den anderen von den Krankheiten abverlangt wird, und weniger die Arbeit, die ganz allgemein mit der auf sich selbst oder auf andere bezogenen Pflege verbunden ist⁴⁷. Um vernachlässigte oder ausgeblendete Sichtweisen in den Blick zu bekommen, schlägt Timmermans vor, die Vielfalt sich kreuzender Verlaufskurven als konzeptuellen Ausgangspunkt zu nehmen. In seinen Forschungen zum Thema ‚Wiederbelebung‘ ging er der Frage nach dem Beginn und dem Ende von Verlaufskurven nach. Er identifizierte mehrere Strategien, die zur Bildung von Verlaufskurven führen. So können neue Verlaufskurven aus bestehenden (1) ausgegliedert werden, bestehende Verlaufskurven können (2) fusionieren, oder zwei oder mehrere Verlaufskurven können sich über einen kürzeren oder längeren Zeitraum (3) über-

⁴³ Nur so kann das praktische, theoretische und analytische Potenzial entfaltet werden.

⁴⁴ Ein Beispiel ist etwa der Wechsel von der Stoffwindel zur Papierwindel. Dieser Materialwechsel verändert die Pflegearbeit. Ein anderes Beispiel im professionellen Kontext ist die ganze Palette der Einmalmaterialien oder die Einführung der EDV.

⁴⁵ Da vieles, was mit der Pflege zusammenhängt, eher unsichtbar ist und an den gesellschaftlichen Rand gedrängt wird, bieten Timmermans Ideen die Chance, sich dem Phänomen der Pflege anders zu nähern und es sichtbarer zu machen.

⁴⁶ Die Pflegewissenschaft kann vielfältige Anregungen aus den interaktionistischen Wissenschafts- und Technologiestudien erhalten. So beschreibt etwa Tom Mathar (2010: 175ff) wie Herzinfarktpatienten, die an zwei unterschiedlichen Programmen des Telemonitorings zur Überwachung ihres Gewichts und ihres Blutdrucks (Risikofaktoren) teilnahmen, mit dieser Technologie im häuslichen Bereich umgingen, sie in ihre täglichen Routinen einbauten und wie die kontinuierliche Konfrontation mit Gewicht und Blutdruck ihre Lebensgestaltung prägte und welche Auswirkungen dies auf ihr Selbst und ihre Körper-Biographie-Verlaufskurven bzw. Körper-Identitäten-Verlaufskurven hatte.

⁴⁷ Die Beziehung zwischen der Fähigkeit, sich selbst und/oder andere Menschen zu pflegen und einer Krankheit gerät erst gar nicht in den Blick.

schneiden. Eine vierte Strategie liegt vor, wenn sich das Ausmaß⁴⁸ einer Verlaufskurve ändert. Als fünfte Möglichkeit der Bildung einer Verlaufskurve nennt er den Fall, wo eine neue Verlaufskurve sich eine bestehende zu eigen macht, d.h. diese sich unterordnet, ein Phänomen, das in Medizin und Wissenschaft üblich zu sein scheint. Eine andere Möglichkeit, den Beginn einer Verlaufskurve in den Blick zu bekommen, besteht darin, die Arbeit zu analysieren, die benötigt wird, um sie sichtbar zu machen⁴⁹. Auch das Ende einer Verlaufskurve kann sich höchst unterschiedlich darstellen. In Bezug auf die Pflegeverlaufskurve liegt auf der Hand, dass das Ende erst mit dem Tod eintritt. Im Verlauf des Lebens muss die auf andere Menschen bezogene Pflege aber nicht kontinuierlich aktiv sein, sie kann sich auch im ‚Ruhezustand‘ befinden. Wie die Aktivierung der auf andere Menschen bezogenen Pflegeverlaufskurve geschieht, kann aus Studien zur Pflege Angehöriger herausgelesen werden (s. bspw. Hellige 2002). Timmermans (1998: 431f) beschreibt drei Möglichkeiten der Beendigung einer Verlaufskurve: 1.) der biologische Tod, 2.) das Zusammengehen mehrerer Verlaufskurven, um eine neue zu bilden, 3.) die Absorption einer Verlaufskurve in andere. Mit Blick auf die beiden pflegerischen Handlungsformen wird der Beginn der mit ihnen verbundenen Pflegeverlaufskurven mit der Geburt, bzw. laut RLT-Modell mit der Konzeption des neuen Lebens eingeleitet. Beide Pflegeverlaufskurven sind aufeinander bezogen, ihr Verlauf und ihre Bedeutung für das Leben eines Menschen können aber sehr unterschiedlich sein und sich mit vielfältigen anderen Verlaufskurven kreuzen. Mit Blick auf das Phänomen Krankheit und auf die Bedeutung, die in diesem Zusammenhang der Medizin beigemessen wird, kann das pflegerische Handeln derart mit dem medizinischen Handeln verschmelzen bzw. von diesem absorbiert werden, dass die Pflege als eigenständiges Phänomen in den Hintergrund gedrängt wird. Die mit dem auf sich selbst bezogenen Pflegehandeln verbundene Pflegeverlaufskurve kann im Verlauf des Lebens durch das temporäre oder dauerhafte Angewiesensein auf die Pflege durch andere Menschen höchst unterschiedliche Formen annehmen, während die sich auf die Pflege Anderer beziehende Pflegeverlaufskurve auch als Folge der geschlechterdifferenzierenden Arbeitsteilung nicht von allen Menschen im Laufe des Lebens gleichermaßen aktiviert wird.

Bei dem unter 8.1 vorgenommenen Perspektivenwechsel, die Konzepte des RLT-Modells nunmehr in Beziehungen und sozialen Welten/Arenen zu denken, wurde die Betonung vor allem auf Handlungsräume gelegt. Dabei wurde eine Beziehung zu den Kingschen Konzepten ‚Raum‘ und ‚Zeit‘ hergestellt. Diese können in Anlehnung an Strauss

„... als Ausdrucks- und Anschauungsformen der Bewegung (verstanden werden). Einfach [...] ausgedrückt: **Raum** ist das zu Verändernde. An ihm vollzieht sich die Veränderung. Zeit ist das [sich] Verändernde. Sie ist repräsentiert in den drei Aktionsmodi **Erfahrung** (gegenwärtige Vergangenheit), **Erleben und der Wahrnehmung** (Vergewisserung der Gegenwart) und **Planung bzw. Erwartung** (gegenwärtige Zukunft). Alle drei Aktionsmodi sind im Handeln, d.h. in der jeweiligen sich in ihm aktualisierenden Gegenwart repräsentiert und auf sie gerichtet“ (Soeffner 1991b: 5).

Mit der in diesem Schritt vorgenommen Übertragung des Konzepts der Verlaufskurve auf die beiden Grundformen des pflegerischen Handelns, wird neben den Handlungsräumen nun auch der prozessuale oder zeitliche Aspekt des pflegerischen Handelns betont (s. Soeffner 1991b: 10ff). Dieser Aspekt spielt in allen pflegetheoretischen Ansätzen trotz unterschiedlicher Akzentuierung eine wichtige Rolle⁵⁰. Er wird in diesen aber auf die Pflegekraft-Patient-Beziehung beschränkt. In der Verknüpfung mit dem Verlaufskurvenkonzept erfahren nicht nur die Konzepte ‚Raum‘ und ‚Zeit‘ eine weitere Dynamik, sondern speziell auch die Kingsche Theorie der Zielerreichung, die hier als eine Theorie des kooperativen Handelns gelesen wird. Das Verfolgen und Aushandeln von Zielen ist für die **Handhabung oder das Management von Verlaufskurven** essentiell. Ein Großteil der Ver-

⁴⁸ Wenn etwa eine bestimmte Verlaufskurve zu einer nationalen Richtlinie wird.

⁴⁹ Er bezeichnet den Zeitpunkt, wo bspw. das implizite Wissen (oder die Information) zu explizitem Wissen wird, als Kristallisationspunkt.

⁵⁰ Er bleibt aber eher auf die engere Beziehung zwischen professioneller Pflegekraft und Patient beschränkt, was im professionellen Kontext dazu führen kann, dass den Konzepten Lebensspanne und Lebensprozesse zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.

laufskurvenarbeit zielt darauf, die Verlaufskurve auf ihren erwarteten Kurs zu bringen und zu halten. Wie angedeutet, überkreuzen sich im Leben eines Menschen immer wieder verschiedene Verlaufskurven oder beeinflussen einander. Wenn bspw. ein Vater der Pflege seines Kindes wenig Aufmerksamkeit schenkt, kann dies dazu führen, dass die Mutter des Kindes dies umso mehr tut. Oder wenn eine Pflegekraft die Pflege eines Patienten nach einem bestimmten Schema gestalten will, dann beeinflusst dies die Pflegeverlaufskurve des Patienten ebenso wie ihre eigene. Die wechselseitige Abstimmung („tuning“) der an einer Verlaufskurve Beteiligten ist die Hauptdynamik von Verlaufskurven (Timmermans 1998: 433). Dies verweist auf die *Beziehungsdynamik* einerseits, aber auch darauf, wie die Arbeit an der Verlaufskurve durch die Beteiligten gestaltet wird und wie sie sich auf letztere auswirkt. Hierbei kommt der *Fähigkeit zu Perspektivenübernahme* eine besondere Bedeutung zu. Sie ermöglicht den Beteiligten, ihr Handeln durch die Einnahme der Perspektive eines anderen zu kontrollieren, den Verlauf neu zu gestalten und zu steuern. Verlaufskurven befinden sich in einer fortwährenden Bewegung, deren Richtung, Schnelligkeit etc. durch sog. „turning points“⁵¹ charakterisiert sind. Bezüglich der Verlaufskurven chronisch Kranker haben Corbin/Strauss insgesamt neun Phasen⁵² beschrieben, die ihrerseits wiederum höchst unterschiedlich verlaufen können. Mit Blick auf die Gestaltung von Pflegeverlaufskurven ist speziell das Konzept der *„Statuspassage“* von Interesse, das Strauss erstmals in seinem Buch *„Mirrors and Masks“*⁵³ (1997/1974) im Zusammenhang mit der Transformation von Identitäten im Rahmen menschlicher Entwicklungsprozesse diskutiert. Er greift dieses Thema später erneut mit Barney Glaser (2010/ 1971) auf. Solche Statuspassagen, etwa die vom Säugling zum Kind, vom Kind zum Jugendlichen, also von einem zunächst voll pflegebedürftigen und abhängigen zu einem Menschen, der zuerst teilweise und später ganz für seine Pflege aufkommen kann und der schließlich eigenständig andere Menschen pflegen könnte, aber auch die Statuspassage vom Gesunden zum Kranken sind für die Pflege von außerordentlichem Interesse. Afaf I. Meleis & KollegInnen (s. Meleis 2010) haben dieses Thema aus der Perspektive von „Transitions“ (Übergänge) untersucht und vier generelle Arten von Transitionen beschrieben, mit denen Pflegekräfte konfrontiert werden. Hierbei handelt es sich um *entwicklungsbezogene, situationsspezifische, gesundheits-/ krankheitsbezogene* und *organisatorische Transitionen*. Es liegt auf der Hand, dass diese verschiedenen Statuspassagen und Transitionen Einfluss auf den Fortgang von Pflegeverlaufskurven haben. Beide Themen verweisen mehr oder weniger auf das *Konzept des Abhängigkeits-Unabhängigkeitskontinuums* des RLT-Modells, dass jetzt nicht mehr nur aus der Perspektive der Beziehungsdynamik betrachtet werden kann, sondern auch aus der Perspektive der Transformation von sozialen Identitäten als Folge/Konsequenz von Statuspassagen.

Ein weiteres mit diesen Wendepunkten und der wechselseitigen Abstimmung der an einer Verlaufskurve Beteiligten verbundenes Thema ist das von *Wandel* und *Kontrolle*. Der Begriff der Kontrolle wiederum bringt das Thema *Macht* und *Einfluss bei der Gestaltung der Verlaufskurve* auf den Tisch. Timmermans betont, dass nicht alle Beteiligten über die gleiche Macht bei der wechselseitigen Abstimmung ihrer Arbeit an der Verlaufskurve verfügen. Er hebt zwei wichtige Fälle der Abstufung von Macht hervor:

1. Die unsichtbare Artikulationsarbeit von Beteiligten, die das Handeln derjenigen ermöglicht, die die Verantwortung haben
2. die Aktivitäten, die eine bestimmte Verlaufskurve umgeben, und die implizit oder explizit erwünscht sein können, um andere Verlaufskurven auszuschließen.

Einige der Konzepte des sozialen Systems in Kings pflegetheoretischem Ansatz wie *Macht*, *Autorität* oder *Entscheidungsfindung*, sind im Kontext der Arbeit an den Pflegeverlaufskurven von höchster Bedeutung. So ist et-

⁵¹ Zum Beispiel wenn ein solcher „turning point“ zu einer Veränderung von sozial zugewiesenen Identitäten führt.

⁵² Hierzu zählen: 1. Prä-Verlaufskurve, 2. Einsetzen der Verlaufskurve, 3. stabile Phase, 4. instabile Phase, 5. Akutphase, 6. Phase der Krise, 7. Comeback/Rückkehr, 8. Abwärtsphase und 9. Sterben.

⁵³ Soeffner (1991a: 371; 1991b: 11) macht darauf aufmerksam, dass das Strauss'sche Identitätskonzept (s. Strauss 1974/1997, Kap. IV.) bereits in Kategorien der „trajectory“ entworfen ist. Charakteristisch für das Denken Strauss sei, dass es auf eine Theorie der Bewegung in einem zweifachen Sinn zielt: 1) „eine Theorie *von* der Bewegung, von Prozessen menschlichen Handelns und menschlicher Sinngebung; 2) (...) auf eine Theorie *in* Bewegung, deren Prinzip es ist, das ‚Zu-Ende-Denken‘ letztlich soweit zu treiben, dass es nie zu Ende kommen kann (s. Soeffner 1991b: 1f).

wa Macht/Ermächtigen im Sinne von Befähigen für eine gelungene Arbeit an den Pflegeverlaufskurven aller Beteiligten von herausragender Bedeutung. Die Befähigung des Menschen zur eigenen Pflege und zur Pflege Anderer ist die Voraussetzung, um Autorität in beiden Formen des Pflegehandelns zu erlangen. Autorität und Entscheidungsfindung verweisen auf die Fähigkeit zur Selbststeuerung und zur Kontrolle der Verlaufskurvenarbeit. Um also Formen der weiter oben beschriebenen Marginalisierung der Pflege im Zusammenhang mit multiplen Verlaufskurven begegnen zu können, muss ein Handeln reflektiert werden, das zum Ziel hat, bestimmte Gruppen auszuschließen, ebenso wie eines, das der Situation der Ausgeschlossenen Rechnung trägt (Timmermans 1998: 435). Mit Blick auf die Erhaltung der Kompetenzen zur auf sich selbst wie auf andere Menschen bezogenen Pflege geht es dabei um die Klärung dessen, was im engeren Sinn zur Arbeit an den Pflegeverlaufskurven gehört, was in welchem Kontext dazugehört bzw. nicht dazugehört, was davon sichtbar bzw. unsichtbar ist, was artikuliert wird und was nicht, was als selbstverständlich vorausgesetzt wird und so Gefahr läuft, erst gar nicht berücksichtigt zu werden.

Die bisher erfolgte Modifikation des RLT-Modells soll im Folgenden unter Einbeziehung des Konzepts der Verlaufskurve fortgesetzt werden. Das auf sich selbst und auf andere Menschen bezogene pflegerische Handeln kann in mindesten zwei, häufig aber in mehreren Relationen beschrieben werden. Wenn im Weiteren die Rede von einer Pflegeverlaufskurve ist, müssen in Bezug auf den einzelnen Menschen stets zwei, sich gegenseitig bedingende Pflegeverlaufskurven unterstellt werden. Diese kreuzen sich im Laufe des Lebens für jeweils unterschiedliche Zeiträume mit den Pflegeverlaufskurven anderer Menschen sowie mit weiteren Verlaufskurven unterschiedlichster Art, wozu auch Krankheitsverlaufskurven gehören. Damit erfolgt eine **zweite grundlegende Reformulierung** des RLT-Modells, bei der die *AL „Arbeiten und Spielen“*⁵⁴ zu einer Schlüsselkategorie wird. *Die Arbeit*, die für die Aneignung, Weiterentwicklung, Aufrechterhaltung und Modifikation dieser Pflegekompetenzen erforderlich ist, ist nach Timmermans (1998: 429) das Merkmal, das die beiden Pflegeverlaufskurven *erzeugt, schafft* und *am Laufen* hält. Mit Blick auf die Pflege gilt es, alle Aktivitäten zu entdecken, die zur Entwicklung, Aufrechterhaltung und Adaptation der beiden grundlegenden pflegerischen Handlungskompetenzen beitragen wie ebenso die Bedingungen, die sich förderlich oder hinderlich auf dieselben auswirken⁵⁵. Ein wichtiger Arbeitstyp zur Koordination und Organisation der Arbeit an den Pflegeverlaufskurven ist in der Terminologie von Strauss et al. (1985: 151ff) die so genannte *Artikulationsarbeit*.

Bezogen auf die Pflege in ihren unterschiedlichen Formen bedeutet die Arbeit an den jeweiligen Pflegeverlaufskurven nicht nur eine Begegnung mit *Leid* und *Leiden*. Wie in Kapitel 3 (Pkt. 3.4.1.3, Pkt. 3.4.2) erwähnt, kann sie ebenso mit *Wohlbefinden*, mit *der Wahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit* (s. auch Canales 2000, 2004) und *den sich daraus ergebenden Möglichkeiten im Sinne eines Empowerments* verbunden sein. Dieser Aspekt scheint im RLT-Modell über das Konzept des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums durch. Pflegeverlaufskurven können demnach mit sehr verschiedenen Erfahrungen verbunden sein. Den unterschiedlichen Erfahrungsformen ist gemeinsam, dass das jeweilige Phänomen (Strübing nennt als Beispiel eine Spielerverlaufskurve) so erfahren wird, als wäre es mit einer eigenen Handlungsfähigkeit ausgestattet (Strübing 2007: 120). Ein anderer Aspekt besagt, dass Verlaufskurven nicht einfach auf uns zukommen. Sie werden vielmehr durch menschliches Handeln hergestellt und in Gang gehalten. So werden die Pflegeverlaufskurven der Neugeborenen über die Pflegeaktivitäten der Eltern und der bei der Geburt beteiligten Professionellen in Gang gesetzt. Später werden sie in erster Linie von den Eltern, aber auch von anderen Bezugspersonen und noch später in der

⁵⁴ Wie in Kap. 2 angemerkt, heißt diese AL im englischen Original ‚working and playing‘. Ich habe sie mit ‚Arbeiten und sich in der Freizeit beschäftigen‘ übersetzt. Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Selbst bezeichne ich diese AL in Anlehnung an die Meadsche Unterscheidung von Arbeit, Spiel und Kunst wieder als AL ‚Arbeiten und Spielen‘. In diese beziehe ich die künstlerische Komponente ebenfalls mit ein, etwa in dem Sinn, sein Leben im Sinn einer ‚Lebenskunst‘ zu meistern.

⁵⁵ In eine ähnliche Richtung weisend, aber anders akzentuierend, schlagen Allen et al. (2004) vor, statt von Krankheits-Verlaufskurven von Versorgungs-Verlaufskurven (trajectories of care) zu sprechen. Damit erweitern sie aus der Perspektive professioneller Arbeit den Blick auf das Gesundheits- und Sozialwesen.

Regel aus eigenem Antrieb aufrechterhalten⁵⁶ und nur in bestimmten Situationen durch Professionelle unterschiedlichster Art temporär mitgestaltet oder umgeformt. Dabei ist das Maß an möglicher oder tatsächlicher Kontrolle über die Verlaufskurve für den Einzelnen und andere mitwirkende Personen variabel. Die Kontrolle kann nach dem pragmatistischen Handlungsverständnis nie vollständig sein (s. Kap. 3; Strauss 1993: 53f, Strübing 2007: 120). Das Verlaufskurvenkonzept als ein mehrdimensionales, unterschiedliche Handlungsebenen berücksichtigendes analytisches Konstrukt

„erlaubt einen multiperspektivischen Blick und integriert gezielt die Zeitlichkeit sowohl der untersuchten Phänomene als auch der sie formenden Handlungen und Interaktionen (shaping)“ (Strübing 2007: 121).

Im Weiteren soll auf die verschiedenen, mit dem Konzept der Verlaufskurve zusammenhängenden Konzepte eingegangen werden. Dabei wird immer wieder der Bezug zum Meadschen Handlungsmodell hergestellt. Vorausgeschickt sei hier, dass der aus dem Konzept der *Krankheitsverlaufskurve* von Corbin/Strauss (1988, 1992) abgeleitete *Verlaufskurvenbezugsrahmen* einschließlich der für die Arbeit an der (Krankheits-)Verlaufskurve beschriebenen *Arbeitstypen*⁵⁷ implizit Hinweise auf eine *Pflegeverlaufskurve* und auf die zwischen der Krankheitsverlaufskurve und der Pflegeverlaufskurve bestehenden wechselseitigen Beziehungen gibt (s. auch Fagherhaugh/ Strauss 1977: 23ff). Dies betrifft insbesondere die Gefühls- und Wohlbefindensarbeit (s. Strauss et al 1985) und die biographische Arbeit (Corbin/Strauss 1988). In einem nächsten Schritt geht es daher um *die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven*⁵⁸.

8.3 ZUR ARBEIT AN DEN PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND AM SELBST

An dieser Stelle wird der Faden erneut zu den unter Punkt 8.1 formulierten Gedanken aufgenommen. Die Pflege und das Selbst als zwei sich wechselseitig bedingende Phänomene entstehen in sozialen Beziehungen. Beide hinterlassen sichtbare und unsichtbare Spuren in den Beziehungen, die ein Mensch zu anderen Menschen, Dingen und der Umwelt unterhält, wie auch in der Beziehung, die er zu *seinem Körper* und *sich selbst* hat. Sie sind zugleich Prozess und Ergebnis in kontinuierlicher Bewegung, die aufgrund ihres *flüchtigen Charakters* in der ‚trügerischen Gegenwart‘ nur in der Reflexion greifbar werden. Nach Mead (MSS: 135; GIG: 177) reihen sich unsere Erfahrungen wie auf einer ‚Schnur unseres Selbst‘ auf, wobei dieser ‚innere Faden‘ dem Selbst eine gewisse Kontinuität verleiht (s. Kap. 3.4.1.1: 121). Wird dieser Gedanke auf das Phänomen Pflege übertragen, kann auch hier die Metapher der ‚Schnur‘ verwendet werden, deren *Funktion* in Bezug auf die Erfahrungen des Selbst des Menschen darin besteht, die besondere Spannung, die zwischen seinen ‚Selbst-Erfahrungen‘ und seinen ‚pflegerischen Erfahrungen‘ bestehen, im täglichen Leben zu erden bzw. zu inkorporieren, sie körperlich erfahrbar zu machen und sich so seines Selbst und seiner Existenz zu vergewissern. Dieser Vorgang läuft in der Regel unterhalb der ‚Bewusstseinsschwelle‘ ab und gelangt erst ins Bewusstsein, wenn es zu Irritationen oder Brüchen im gewohnten Handlungsfluss kommt. Wohlbefinden drückt in diesem Fall eine gelungene Erdung im Sinne der Fortsetzung des Handlungsflusses aus, wohingegen diese Erdung bei Unwohlsein entsprechend nicht gelungen ist. Wenn hier von Pflegeverlaufskurven die Rede ist, wird das Konzept der Verlaufskurven dahingehend modifiziert, dass diese konsequent mit der *Verlaufskurve des Selbst* verbunden werden. Sie werden als miteinander verwobene Schnüre⁵⁹ gedacht, die kontinuierlich weitergesponnen werden müssen und in deren Verlauf unterschiedliche Aspekte des Selbst, des Selbstkonzepts, des Körperbildes, der Identitäten und der auf sich selbst und

⁵⁶ Eine wichtige Rolle kommt signifikanten Anderen zu, Peers (Gleichaltrigen oder Gleichgestellten wie Kollegen), Referenzgruppen, Medien und gesellschaftlichen Normen/Werten.

⁵⁷ Hierzu zählen: *Maschinen-, Sicherheits-, Wohlbefindens- und Gefühlsarbeit, die Arbeit des Patienten, die Fehler-, Körper- und Aushandlungsarbeit, die biographische Arbeit, die Artikulations- und Informationsarbeit.*

⁵⁸ Bei der in diesem Kapitel zu leistenden Reformulierungsarbeit werden die einzelnen Konzepte des RLT-Modells in ausgewählten Beziehungskonstellationen, im familiären und in beruflich/ professionellen Kontexten betrachtet. In Beiden kreuzen sich der private und öffentliche Bereich.

⁵⁹ In die Metapher der ‚Schnur‘ sind verschiedene Konzepte wie das der Zeit (Zukunft, Vergangenheit flüchtige Gegenwart), das Konzept der Perspektivenübernahme und damit verbunden das des Standorts inkl. des Raums eingelassen, wie auch Ideen und Vorstellungen unserer symbolischen Welt. Hier ist ein weiterer Anknüpfungspunkt zu den Konzepten Zeit und Raum von King.

auf andere Menschen bezogenen Pflegekompetenz mal mehr, mal weniger im Mittelpunkt stehen. Die sichtbare und die unsichtbare Seite des menschlichen Handelns⁶⁰ sind hierbei nach Strauss nicht trennbar, da sie in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander stehen. Das Bindeglied zwischen ihnen ist das **menschliche Handeln** oder auch **die Arbeit**. Bezogen auf das Selbst geht es darum, die zwischen dem ‚I‘ und den vielen ‚Me‘ zu leistende **Strukturierungsarbeit** in den Blick zu bekommen. Bei der Pflege sind es die vielen kleinen Dinge in den einzelnen AL, die dem Menschen das Leben ermöglichen und es für ihn lebenswert und sinnvoll machen. Hierbei können das Selbst des betroffenen Menschen, sein Selbstkonzept, seine Identitäten und sein Körperbild bestätigt und bestärkt, aber auch in Frage gestellt und beschädigt oder beeinträchtigt werden.

Die Verknüpfung der Verlaufskurve des Selbst mit den beiden Pflegeverlaufskurven führt zu einer neuen Sicht auf das Konzept der AL im RLT-Modell. Die hier gemeinten Aktivitäten müssen in einem eigenen Sinnzusammenhang gesehen werden. Dieser ist für einen anderen Menschen nicht einfach da, sondern er ergibt sich erst aus der **Lebensgeschichte** und den **Lebensbedingungen** des betreffenden Menschen und aus der von ihm zu bewältigenden problematischen Situation. Der Sinn muss erst erschlossen werden. Mit anderen Worten: um die ‚Schnur des Selbst‘ und die ‚Schnüre der Pflege‘ weiterspinnen zu können, müssen diese von ihren Enden her untersucht werden. Dies setzt eine gewisse ‚**Kenntnis**‘ oder ‚**Vertrautheit**‘ (s. auch Martin 2007: 438) mit der Welt der zu pflegenden Person, den von ihr ausgebildeten pflegerischen Kompetenzen sowie mit der Welt der pflegenden Person/en und deren Kompetenzen in den beiden Formen des Pflegehandelns voraus. Erst über die Anerkennung der Kompetenzen in beiden Formen des Pflegehandelns der zu pflegenden Person und der sie pflegenden Person/en kann in der ‚trägerischen Gegenwart‘ eine Beziehung zwischen **Zukünftigem** und **Vergangenem** hergestellt werden und als Folge davon der unterbrochene Handlungsfluss des zu pflegenden Menschen fortgesetzt werden. Dieser Zusammenhang wird in der Abbildung 8.2 angedeutet

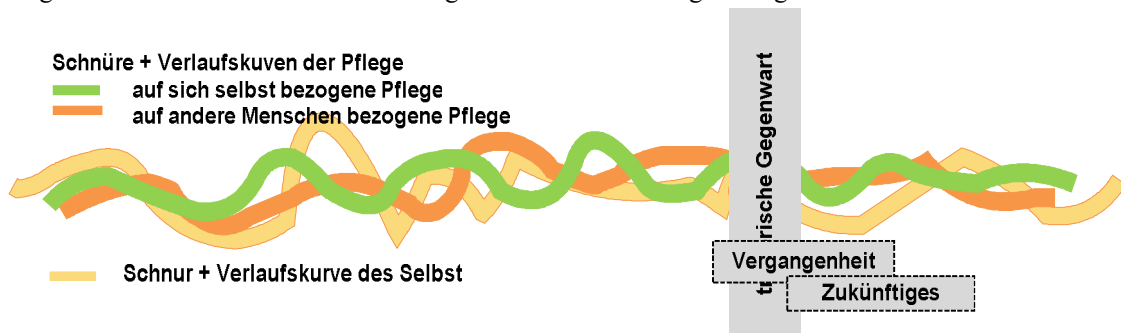


Abb. 8.2: Die Schnüre der Pflegeverlaufskurven und die Schnur - Verlaufskurve des Selbst

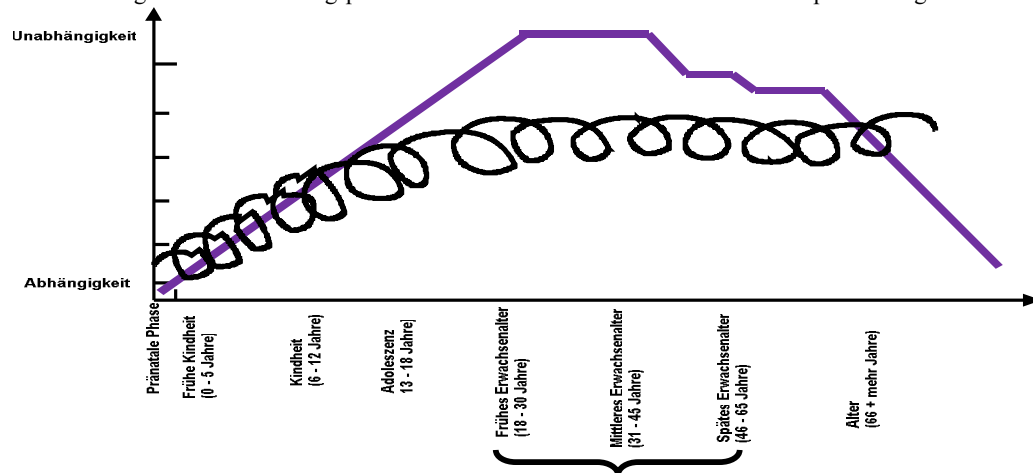
Werden die verschiedenen AL unter dem Gesichtspunkt der Entwicklung und Veränderung von Kompetenzen des auf sich selbst und auf andere Menschen bezogenen Pflegehandelns betrachtet, dann zeigt sich, dass die einzelnen AL nicht zeitgleich erworben oder angeeignet werden. Zudem stehen sie nicht nur in Beziehung zur physischen Körpererhaltung, sondern sind eingebettet in einen Komplex von wahrzunehmenden Rollen/Funktionen, die im Laufe des Lebens fortwährenden Veränderungen unterliegen. Der Zusammenhang von **Entwicklung** und **Veränderung** wird im RLT-Modell über das Konzept der Lebensspanne und über die Beschreibung von vier verschiedenen Entwicklungsprozessen - physische, kognitive/intellektuelle, emotionale und soziale Entwicklungsprozesse -, sowie von sechs bzw. acht Entwicklungsphasen hergestellt (s. Kap. 2). King behandelt dieses Thema unter dem Konzept Wachstum und Entwicklung innerhalb des personalen Systems, während Peplau und Roy Entwicklungs- und Veränderungsprozesse konsequent im Zusammenhang mit dem Selbst-System bzw. dem Selbstkonzeptmodus⁶¹ beschreiben. Roy greift diesen Punkt darüber hinaus in allen von ihr beschriebenen Adap-

⁶⁰ Ein weiterer, von Wittpoth (1994: 64) hervorgehobener Aspekt ist, dass „sich unmittelbares und reflexives Handeln nicht auf unterschiedlichen Ebenen abspielen, sondern sie wirken ständig aufeinander ein und stellen, in den meisten Fällen, eine Erfahrung dar, die keine deutlichen Trennungslinien aufzuweisen scheint“ (GIG: 397, zitiert in Wittpoth 1994: 64).

⁶¹ Im Zusammenhang mit Prozessen des Selbst grenzt Roy die Entwicklung des Selbst, von dem Prozess der Wahrnehmung des Selbst und dem des Fokussieren auf das Selbst ab (s. auch Kap. 6.3).

tationsmodi auf. Sie diskutiert ihn im physiologischen Modus am Beispiel der Lebensprozesse Kognition und Bewusstsein, im Rollenfunktionsmodus am Beispiel der Entwicklung unterschiedlicher Rollen und im Modus der wechselseitigen Abhängigkeit/Interdependenz an dem der entwicklungsbezogenen Angemessenheit. Roy und King greifen wie Roper et al. zum Verständnis dieser Prozesse auf Phasenmodelle⁶² (z.B. Freud, Erikson, Piaget und Kohlberg) zurück. Auf die kritische Haltung der Pragmatisten gegenüber Phasenmodellen und den darin teils implizit, teils explizit enthaltenen Vorstellungen abgeschlossener Entwicklungsprozesse ist in Kap. 3 hingewiesen worden. Bei dem von Roper et al. unterstellten Entwicklungsprozess findet bis zum mittleren Erwachsenenalter zunächst eine stetige Entwicklung statt. Mit der Phase des späteren Erwachsenenalters setzen dann Veränderungsprozesse auf verschiedenen Ebenen ein. Die im RLT-Modell unterstellten Prozesse (blau) und der im Konzept der Pflegeverlaufskurven (schwarz) unterstellte Verlauf werden in der Abbildung 8.3 dargestellt.

Abb. 8.3: Entwicklungs- und Veränderungsprozesse nach dem RLT-Modell und dem Konzept der Pflegeverlaufskurven



Auch wenn beide Kurven einen allgemeinen Entwicklungs- und Veränderungsprozess beschreiben, ist die eingenommene Perspektive auf deren Verläufe höchst verschieden. Im blauen Verlauf werden eine stetige Entwicklung bis zu einem bestimmten Punkt und eine daran anschließende Veränderung unterstellt. Die Spiralen des schwarzen Prozesses hingegen sollen veranschaulichen, dass dieser Verlauf durch fortwährende Entwicklungen und Veränderungen charakterisiert ist. Es handelt sich nicht um einen gradlinigen, sondern um einen variablen Prozess der **Transformation** und **Rekonstruktion**. Dies verdeutlichen Lindesmith et al. (1999: 220f) am Beispiel der Kindheit. Dieses Konzept oder das **Objekt Kind**⁶³ können in verschiedenen Gesellschaften und sozialen Zusammenhängen Unterschiedliches bedeuten. Ähnliches trifft auf das Konzept Alter oder auf das **Objekt alter Mensch** zu. Die Variabilität und Vielfalt von Pflegeverlaufskurven und Verlaufskurven des Selbst wird deutlich, wenn das Konzept der **Lebensspanne** mit dem Konzept des **Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums** in Beziehung gesetzt und mit den unter Punkt 8.2 erwähnten Konzepten der **Identitätstransformationen** und der **Status-Passage** verknüpft wird.

Entwicklungsmodelle in Gestalt von Phasenmodellen entwerfen laut Star (1991: 273) etwas Unsichtbares, wie z.B. vorbestimmte Strukturen, um das sichtbare Chaos eines veränderten Verhaltens im Leben in Begriffe zu fassen. Hierbei wird jedoch die Arbeit, die in den Phänomenen **Entwicklung** und **Veränderung** enthalten ist und beide miteinander verbindet, zugedeckt. Im Gegensatz zu abgeschlossenen Prozessen betonen das Meadsche Handlungsmodell und das an Strauss (1993) und Corbin/Strauss (1992) angelehnte Konzept der Pflegeverlaufskurven einen kontinuierlichen offenen Entwicklungs- und Veränderungsprozess während des gesamten Le-

⁶² Auch das an Sullivan angelehnte Entwicklungsmodell von Peplau sieht Entwicklungsphasen vor. Es unterscheidet sich von den anderen dadurch, dass es offener ist und dass es die Phasen lediglich als Orientierungspunkte betrachtet. Entwicklung und Veränderung werden als etwas Fortwährendes begriffen, das von Kultur zu Kultur variieren kann (s. Lindesmith et al 1999: 253ff).

⁶³ Beispielhaft sei hier die klassische Studie von Philippe Aries (1998) über die Geschichte der Kindheit erwähnt.

bens und den grundsätzlich kontingenten Charakter des menschlichen Handelns. Die Arbeit, die im Handhaben der Pflege als sich entwickelndes und veränderndes Phänomen enthalten ist, besteht aus der kontinuierlichen Wiederholung (Reproduktion) wichtiger Lebensvorgänge, aus dem Schaffen von Ordnung, dem Herstellen neuer Beziehungen, dem Anpassen an veränderte Situationen und Lebensprozesse, dem situierten Kreieren von Neuem⁶⁴, dem Bewältigen des täglichen Chaos. Anders gesagt geht es bei der Pflege im Sinne des Aufrechterhaltens und Ermöglichens des Lebens⁶⁵ um die kontinuierliche **Transformation** und **Rekonstruktion** menschlicher **Lebensgewohnheiten** in den einzelnen AL. Diese wiederum sind im Kontext von Beziehungen und den in diesen Beziehungen eingenommen Handlungsrollen/Funktionen der Interaktionspartner einschließlich der im Mittelpunkt stehenden Pflege zu sehen. Bei all diesem kommt der **Fähigkeit zur Perspektivenübernahme** und der **Fähigkeit zum ‚intelligenten Mitfühlen‘** eine zentrale Rolle zu.

Was das Zusammenspiel von Selbst und Pflege betrifft, hebt Peplau die **Funktionsweise** des Selbstsystems als ein auf drei Ebenen (intra-, interpersonale und soziale Ebene) wirkendes **motivationales Anti-Angst-System** hervor. Während diese Funktionsweise des Selbst nach Peplau entlang konstruktiver und destruktiver Entwicklungslinien herausgebildet und modifiziert wird, betrachtet Roy das in ein personales und physisches Selbst differenzierte Selbstkonzept aus der Perspektive des **adaptiven Handelns**, mittels dessen psychische und spirituelle Integrität angestrebt wird. King hingegen legt den Schwerpunkt beim pflegerischen Handeln auf das **Erreichen von Zielen**. Hierbei hebt sie vor allem auf interpersonale Situationen ab, in denen zwischen einem zu pflegenden Menschen und einer pflegenden Person im Rahmen eines gemeinsamen, kooperativen Handelns Ziele⁶⁶ vereinbart werden, deren Erreichung die gemeinsame Arbeit anstrebt.

Insgesamt weisen Peplau, Roy und King dem Körper und den körperlichen Prozessen bei der Wahrnehmung des eigenen Selbst wichtige Funktionen zu. Bei den Konzepten **Selbst**, **Selbstkonzept** und **Körperbild** handelt es sich um evolutionäre, prozessuale, dynamische, nicht jedoch um ‚festgestellte‘ (fixe oder starre) Konzepte. Werden die **prozessual-dialogische** und die **räumlich-temporal bezogene Struktur des Selbst** berücksichtigt, verweisen das Selbstkonzept wie das Körperbild eines Menschen als Aspekte des ‚Me‘ auf eine Phase beim menschlichen Handeln. Es handelt sich um subjektive, internalisierte Konzepte, die sich in der Beziehung mit anderen Menschen herausbilden. Pflegerisches Handeln ist nach den hier untersuchten pflegetheoretischen Ansätzen aufs engste mit der allgemeinen menschlichen Handlungsfähigkeit verwoben und folglich mit der Fähigkeit des Menschen zur **autonomen Lebensgestaltung**. Letztere ist ohne die Kompetenz zur selbstbezogenen Pflege nicht möglich, die wiederum auf die Kompetenz zur Pflege anderer Menschen verweist. **Pflegehandlungskompetenz** und **Selbstkompetenz** sind zwei aufeinander bezogene Kompetenzen. Für die Herausbildung pflegerischer Handlungskompetenzen sind nicht nur die AL, sondern auch die von Roper et al. erwähnten und auf die AL bezogenen Handlungsweisen relevant. Sie liegen, wie aus Tabelle 8.2 hervorgeht, in gewisser Weise quer zu den einzelnen AL und tragen insgesamt zu einer relativen Unabhängigkeit bei. Insgesamt kommt den erkundenden, suchenden und erforschenden Aktivitäten der zu pflegenden Person bei der Gestaltung der auf sie selbst bezogenen Pflegeverlaufskurve im Sinne der Selbststeuerung (-kontrolle) eine herausragende Rolle ebenso zu wie entsprechend bei der Gestaltung der auf andere Menschen bezogenen Pflege. Die präventiven Aktivitäten sind nicht nur

⁶⁴ Joas (1992a: 197) spricht mit Blick auf den Pragmatismus von einer Theorie situierter Kreativität.

⁶⁵ Die Pflege ist sowohl Reproduktions- wie Produktionsarbeit. Beide Aspekte werden übersehen, wenn eine personenbezogene Dienstleistung wie die Pflege nur mit reproduktiver Tätigkeit assoziiert wird. Der an die industrielle (Waren-)Produktion angelehnte Produktionsbegriff hingegen lässt die Reproduktionsarbeit unsichtbar werden und verkennt, dass sie die Voraussetzung für Produktivität im Sinne der Hervorbringung von Neuem ist - wie etwa die Erweiterung der pflegerischen Kompetenz oder eine höhere Zuversicht in die eigene Pflegekompetenz. Das Produkt der Pflege drückt sich in der Handlungskompetenz und im Selbst, dem Selbstkonzept, dem Körperbild und in den Identitäten des zu pflegenden Menschen und des pflegenden Menschen aus. Produktivität ausgedrückt in Zahlen löscht nicht nur die hinter den Zahlen stehende Arbeit aus, sondern deckt auch das zu erreichende Produkt (Outcome) zu.

⁶⁶ Es kann hier der Eindruck entstehen, dass King nur erwachsene Menschen, die bei Bewusstsein sind, vor Augen hat. Da aber auch schon Kleinkinder intentional handeln, muss die Idee der Zielerreichung weiter gefasst werden.

auf Krankheit bezogen zu denken, sondern vor allem in Bezug auf die **Erhaltung von Kompetenzen** in den beiden Pflegeformen. Die ermunternden, tröstenden und zum Wohlbefinden beitragenden Aktivitäten der pflegenden Person können die aufeinander bezogene Arbeit an den auf sich selbst wie auf Andere bezogenen Pflegeverlaufskurven und an der Verlaufskurve des Selbst fördern, indem sie die Voraussetzungen hierfür im Sinne eines ‚geschützten Raumes‘ der Zuversicht und des Vertrauens schaffen. Die drei Handlungsformen werden an dieser Stelle aus pragmatistischer Sicht weitergedacht, indem die beiden erstgenannten mit Meads Vorstellungen des reflexiven Handelns in Beziehung gesetzt werden und die letztgenannte mit der Vorstellung des ‚**intelligenten Mitfühlers**‘.

Tab. 8.2: Mit den AL zusammenhängende Handlungskomplexe

AL Der Begriff Aktivitäten verweist auf Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Einstellungen, Haltungen etc.	Präventive Aktivitäten	}	Tragen zu relativer Unabhängigkeit und zu relativ geringer Abhängigkeit bei
	Erkundende, suchende oder erforschende Aktivitäten		
	Ermunternde, tröstende und zum Wohlbefinden beitragende Aktivitäten		

Wie oben dargestellt, ermöglicht das Konzept der Pflegeverlaufskurven, das Konzept der Lebensspanne und das Konzept des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuums des RLT-Modells auf dynamische Weise miteinander zu verbinden und aufeinander zu beziehen. Da Pflege immer in Beziehung auf jemanden und/oder mit Bezug auf etwas erfolgt, soll das Konzept der Pflegeverlaufskurven mit den von Peplau beschriebenen **Beziehungsmustern** und der **Musterintegration von Handlungsweisen** in Beziehung gesetzt werden. Diese haben im Sinne von **Bedingungen**⁶⁷ Auswirkung auf die vom zu Pflegenden wie von der Pflegeperson zu leistende Arbeit an den Pflegeverlaufskurven. Mit dem ersten Aspekt verweist Peplau auf die Art der Inanspruchnahme von Hilfe. Sie zielt damit auf die **funktionalen** und **situativen Rollen**, die die zu pflegende Person und die Pflegeperson im Verlauf der Pflegebeziehung wechselseitig einnehmen und sich zuweisen. Beim zweiten Aspekt geht es um Verhaltensweisen, die zur Stärkung der jeweiligen Sicht auf das eigene ‚Selbst‘ dienen. Peplau lenkt die Aufmerksamkeit auf die ‚Sicherheits- oder auch Abwehrstrategien‘, die die an einer Pflegesituation beteiligten Personen bei der Beziehungsgestaltung unbewusst und bewusst zur Verteidigung ihrer Selbstsicht einsetzen. Beide Aspekte hinterlassen Spuren und beeinflussen insofern die weitere Arbeit an den Pflegeverlaufskurven. Aus Peplaus Vorstellungen kann abgeleitet werden, dass die beiden strukturell aufeinander bezogenen Pflegeverlaufskurven, d.h. die auf sich selbst und die auf Andere bezogene Pflegeverlaufskurve sich beim Pflegehandeln mit der Verlaufskurve des jeweiligen Selbst verschränken. Die darin steckende Arbeit lässt sich aufgrund ihrer Zukunfts Offenheit und der damit verbundenen Kontingenzen allerdings nur im Nachhinein rekonstruieren, d.h. der antizipierte und der wahrgenommene Verlauf sind nicht deckungsgleich mit dem tatsächlichen realisierten Verlauf. Genau in dieser Kluft liegt die Chance für Neues und für Entwicklungen. Und aus diesem Grund ist die Arbeit an allen drei Verlaufskurven immer Arbeit ins Ungewisse. Ihr offener Charakter erfordert notgedrungen den Umgang mit Ambiguität⁶⁸. Sie beinhaltet Trennung, Angst, Unsicherheit, Stolz und Glück, und gewisse Formen der Selbststeuerung und der Selbstkontrolle.

Die Familie⁶⁹ ist die Institution, in der die Menschen (normalerweise) Kompetenzen in den beiden Formen des Pflegehandelns erwerben, das heißt pflegerisches Wissen in Bezug auf sich selbst und auf andere Menschen vermittelt bekommen. Die Familie stellt eine wichtige Ressource dar, was die Pflege von Kindern und pflegebe-

⁶⁷ Bedingungen/Umstände sind ein wichtiges Konzept des Verlaufskurvenbezugsrahmens. Bemerkenswert ist, dass das Thema Gestaltung von Beziehungen und der damit zusammenhängenden Verhaltensmuster von Strauss/Corbin nicht aufgenommen wird. Es ist implizit in bestimmten Arbeitsformen wie Gefühlsarbeit enthalten.

⁶⁸ Es hätte auch anders sein können.

⁶⁹ Der Familienbegriff (s. Familienreport 2009 des BMFSFJ: 29) muss aufgrund der heute anzutreffenden vielfältigen Formen von Familie weiter gefasst werden. Für Schnepf (2006: 62), als Inhaber des Lehrstuhls für familienorientierte und gemeindenaher Pflege an der Universität Witten-Herdecke „ist Familie das, was die Betroffenen darunter verstehen. Dies schließt alle denkbaren Lebensformen ein, wenn sie für die Mitglieder die Familie darstellen“ (Leahey/Weight 2002, zitiert in Schnepf 2006: 62).

dürftigen Menschen aller Altersgruppen, sei es aufgrund von körperlichen oder psychischen Einschränkungen, Behinderungen, Krankheit und Alter, betrifft. Der Erwerb pflegerischer Kompetenzen in den einzelnen AL kann entsprechend der Qualität der interpersonalen Beziehung zwischen pflegender und zu pflegender Person und entsprechend dem Umfeld, in dem die Pflege erfolgt, sehr unterschiedlich verlaufen. Kenntnisse darüber, wie in Familien gepflegt wird, sind nach Zeman⁷⁰ (2005: 248) noch relativ jungen Datums. Ihmzufolge wurde die Familie erst im Rahmen einer repräsentativen Studie von Brög et al. (1980, zitiert in Zeman ebenda) als wichtige Pflegeinstitution entdeckt. Werden die zuvor formulierten Gedanken auf die Funktion der Familie als Institution zur Vermittlung von Kompetenzen in beiden Pflegeformen übertragen, kann geschlossen werden, dass diese Vermittlung je nach der Geschlechtszugehörigkeit in unterschiedlicher Weise und Intensität erfolgt und dass diese Kompetenzen in beiden Pflegeformen je nach Geschlechtszugehörigkeit in unterschiedlicher Weise von der Gesellschaft abgefordert und honoriert werden. Aufgrund der bestehenden geschlechterdifferenzierenden Arbeitsteilung in der Familie werden die von Frauen wie Männern zu erwerbenden Kompetenzen jedoch in der Regel nur einseitig mit Frauen in Verbindung gebracht. Das legt die Annahme nahe, dass diese Kompetenzen im gesellschaftlichen Bewusstsein nicht als allgemein menschliche wahrgenommen und verstanden werden. Weiter kann vermutet werden, dass der Erwerb, die Vertiefung und Aufrechterhaltung von Kompetenzen in den beiden Pflegeformen bei Männern und Frauen nach unterschiedlichen Gesichtspunkten erfolgt und dass die Erhaltung und gesellschaftliche Nutzung dieser allgemeinen menschlichen Kompetenzen je nach Geschlecht einen unterschiedlichen Verlauf nimmt. Die ‚Familie‘ ist der Ort und die Institution, wo und in der sich der Mensch im Laufe seines Lebens immer wieder mit seinem Selbst, Selbstkonzept und Körperbild sowie mit seiner Pflegehandlungskompetenz konfrontiert sieht. Aus diesem Grund setzt auch die Ausarbeitung der angestrebten pragmatisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns an diesem Ort an. Grundsätzlich kann die vom Einzelnen zu leistende Arbeit an den hier interessierenden drei Verlaufskurven sowohl aus einer institutionenbezogenen als auch aus einer lebenslaufbezogenen Perspektive betrachtet werden. In allen analysierten pflegetheoretischen Ansätzen wird die letztgenannte Perspektive eingenommen. Zum Verständnis pflegerischer Phänomene sind jedoch beide Perspektiven wichtig. Im nächsten Schritt geht es zunächst um die Initiierung der Pflegeverlaufskurven.

8.3.1 INITIIERUNG VON PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND WEITERE KONZEPTE DES VERLAUFSKURVENBEZUGSRAHMENS

Die Initiierung der Pflegeverlaufskurven beim neugeborenen Kind findet i.d.R. in der Eltern-Kind-Beziehung, d.h. in der familiären Beziehung statt⁷¹. Bei der Initiierung der Pflegeverlaufskurven des neugeborenen Kindes durch seine Eltern kann die im 19. Jahrhundert ausgebildete geschlechterdifferenzierende Arbeitsteilung zum Tragen kommen. Hiernach wurde und wird den Frauen⁷² die Hauptlast bei den reproduktiven Tätigkeiten wie Kindererziehung, der Pflege von kranken oder alten Familienmitgliedern und der täglichen Hausarbeit zugewiesen⁷³. Mit Blick auf die Initiierung der Pflegeverlaufskurven und der weiteren Arbeit daran muss in Rechnung gestellt werden, dass die Institution Familie nicht einfach da ist, sondern sie ist selbst eine ‚Herstellungsleistung‘ der Familienmitglieder. Auch diese Institution hat einen Lebenslauf (Verlaufskurve) und unterliegt Wandlungs-

⁷⁰ Er bezieht sich auf Deutschland und konstatiert mit Blick auf die Altenpflege, dass die Pflegeleistungen der Familie die Institutionen der öffentlichen Altenpflege in den Schatten stellen.

⁷¹ In den ersten Lebensjahren und bis zum Auszug des Kindes/der Kinder kommt den Eltern eine Schlüsselfunktion zu.

⁷² In der feministischen Diskussion wird die in den Haushalten und in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen geleistete Arbeit als Care-Arbeit (Sorgearbeit) bezeichnet. Sie umfasst Hausarbeit, bezahlte Betreuungs-, Pflege- und Erziehungsarbeit, aber auch den gesamten Komplex typisch weiblich konnotierter Tätigkeiten im sozialen Ehrenamt, wo Fürsorge und Pflege erbracht werden (Stiegler 2007: 3). Unterstellt wird hierbei das traditionelle Familienmodell mit dem Mann als Ernährer. Dieses Modell ist aber spätestens seit den 1970er Jahren unter Druck geraten und kann nicht mehr als typische Familienkonstellation vorausgesetzt werden.

⁷³ S. Ward 1990, Fisher /Tronto 1990, Deegan 1995, 2008, Zeman 2005, Klement 2006, Schneekloth 2006, Heinemann-Knoch et al 2006, Heusinger 2006, 7. Familienbericht BMFSJF 2006, Rumpf 2007, Backes et al. 2008, Stiegler 2007, Senghaas-Knobloch 2008, Familienreport 2009 des BMFSJF.

prozessen⁷⁴. Mit anderen Worten, die Familie bleibt im zeitlichen Verlauf nicht die gleiche. Sie verändert sich hinsichtlich ihrer Mitglieder, indem neue hinzukommen, andere aufgrund von Trennung oder Tod herausfallen (s. Bertram 2006: 4). Dies bedeutet, dass eine unterschiedliche Anzahl von Personen Einfluss auf die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven des neugeborenen Kindes haben. Insofern müssen, um über die ‚eingetübte Assoziation‘ von ‚Pflege mit Frauen‘ hinauszugelangen, alle Personen, die direkt und indirekt beteiligt sind, in den Blick genommen werden.

Die Arbeit der Eltern⁷⁵ an den Pflegeverlaufskurven ihres Kindes erfolgt zuerst während der Schwangerschaft, und vor, während und nach der Geburt temporär arbeitsteilig mit den damit befassten professionellen Berufsgruppen. Beide Gruppen, Eltern wie Professionelle, bahnen die Pflegeverlaufskurven eines Kindes an. In diesem Prozess müssen die Eltern ihre eigenen Pflegeverlaufskurven, die ihre Kompetenz zur Pflege anderer Menschen widerspiegeln, aktivieren und sich auf die Übernahme der damit verbundenen Rollen als Eltern, Vater und Mutter, vorbereiten (s. hierzu auch Mercer 2010). Im Zentrum des Pflegehandelns in der Eltern-Kind-Beziehung stehen eine Vielzahl von mit den AL zusammenhängenden Handlungsweisen. Diese Handlungsweisen strukturieren die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven des neugeborenen Kindes, womit die schrittweise Herausbildung des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds und schließlich die Herausbildung pflegerischer Kompetenzen einsetzt. Ganz allgemein kann gesagt werden, dass diese Handlungsweisen zunächst auf das körperliche/psychische Wohlbefinden des Kindes konzentriert sind. Welche Vorstellungen die Eltern von der Pflege haben, vermitteln sie dem Kind durch ihr Pflegehandeln und dadurch, wie sie auf dessen Lebensäußerungen und Erfordernisse in den einzelnen AL eingehen und wie sie dem Kind helfen, die Ausführung der Aktivitäten im Zuge seiner Entwicklung schrittweise eigenständig zu übernehmen. Damit greifen zwei wichtige Konzepte des Verlaufskurvenbezugsrahmens von Corbin/Strauss (1992): das Konzept der *Verlaufskurvenprojektion* und das des *Verlaufskurvenschemas*. Das erste Konzept steht für eine *Vision von der Pflege des eigenen Kindes*, die von beiden Elternteilen bzw. allen an der Pflege des Kindes Beteiligten entwickelt wird. Sie beinhaltet Vorstellungen davon, welche mit der eigenen Pflege verbundenen Aktivitäten das Kind zu welchem Zeitpunkt selbst ausüben soll, aber auch jene Vorstellungen, die sie selbst mit einer guten Pflege verbinden. Bei der Vorstellung der angestrebten Ziele hinsichtlich der vom Kind zu erreichenden Kompetenz in den beiden Pflegeformen kommen ihre eigenen Erfahrungen mit der Pflege durch Andere ins Spiel. Ihre Visionen von Pflege kommen sowohl bei der Aktivierung ihrer jeweiligen Kompetenzen zur Pflege Anderer zum Tragen als auch bei der Ausbalancierung der Erfordernisse in Bezug auf die eigene Pflege und der pflegerischen Erfordernisse, die das Kind den Eltern und anderen Bezugspersonen abverlangt. Es kann vermutet werden, dass die Bedeutung, die die Eltern und andere der Pflege des Kindes beimessen, ebenso wie die Erfahrungen, die die einzelnen Personen mit dem ‚Gepflegtwerden‘ durch die eigenen Eltern etc. gemacht haben, mehr oder weniger bewusst in diese Visionen einfließen, etwa in Form von *Vorstellungen*, *mental*en ‚*Arbeitsimages*‘, ‚*Handlungsskripten*‘, *Objekten*, ‚*Rollenmodellen*‘ oder ‚*Werten*‘ (z.B. Reinlichkeitsvorstellung, Schönheitsideale, Rollenideale wie gute Mutter, guter Vater). Diese Visionen können je nachdem, was die Menschen mit ‚Pflege‘, mit pflegen und gepflegt werden verbinden, welche Vorstellungen, Bilder, Begriffe, Werkzeuge etc. sie diesbezüglich ausgebildet haben und welche Erfahrungen sie damit gemacht haben, recht vage und diffus ausfallen, aber auch sehr dezidiert sein. Die Vision, die im Handlungsschema von Mead ein gedankliches antizipiertes Distanzobjekt und als solches eine Bedingung des Handelns darstellt, beeinflusst die Bildung von Handlungslinien (s. Strauss 1994: 78). Da beide Elternteile in unterschiedlichen *Kontexten* und *sozialen Welten* (Herkunftsfamilie, Freundeskreis, Berufswelt etc.) ihre Kompetenz zur selbstbezogenen und zur Pflege Anderer ausgebildet haben, kann nicht vorausgesetzt werden, dass sie gleiche Vorstellungen von Pflege und gleiche Kompetenzen haben. Daher können sie in Bezug auf die Pflege

⁷⁴ Diesen Entwicklungen der Institution Familie ist vor allem dann Rechnung zu tragen, wenn der private *Haushalt* als ein wichtiger Gesundheitsstandort der Zukunft ausgemacht wird (s. Hilbert/Evans 2009: 19f).

⁷⁵ Hinter dem Begriff ‚Eltern‘ können sich empirisch unterschiedliche (Paar-)Konstellationen verbergen, die diese Funktion für das Kind wahrnehmen. Hierbei kann es sich um die leiblichen Eltern, um ein konstantes leibliches Elternteil oder ein nur temporär anwesendes Elternteil u.a.m. handeln.

ihres Kindes zu höchst unterschiedlichen Handlungsweisen motiviert sein. Mit Blick auf die Pflege ihres Kindes stehen sie vor der Aufgabe, ihre Kompetenz, Andere zu pflegen, aufeinander abzustimmen, was nicht immer konfliktfrei verläuft. Ganz allgemein enthält die Verlaufskurvenprojektion Ideen zum erwarteten Verlauf wahrgenommener Interaktionen. Diese sind notwendig, um Entscheidungen für die einzelnen Handlungen in Bezug auf die Pflege des Kindes treffen zu können⁷⁶. Mit Blick auf das Konzept der AL kann das zweite Konzept, das des *Verlaufskurvenschemas*, als konkreter Handlungsplan in Bezug darauf betrachtet werden, wie die tägliche Pflege des Kindes und die unter das Konzept der AL fallenden einzelnen Klassen von Aktivitäten organisiert und durchgeführt werden sollen (Corbin/Strauss 1992: 17). Hierbei kann man sich nach Strauss et al. (1985: 30) den Begriff des Schemas auch als Visualisierung eines ‚Arbeitsbogens‘ (arc of work) vorstellen, d.h. als Visualisierung all der Arbeiten, die in Bezug auf die Pflege des Kindes getan werden müssen, einschließlich der einzelnen Arbeitssequenzen. Dieser ‚Arbeitsbogen‘ muss nicht vollständig sein, er kann vorläufiger Natur, implizit oder explizit sein. Er kann aber auch nur erste Ideen enthalten. Im familiären Kontext geht es hierbei zuerst darum, die Pflege des Kindes in die konkrete Tagesgestaltung der Familie zu integrieren. Dies bedeutet, dass das neue Familienmitglied an die Gewohnheiten und Abläufe der Familie herangeführt werden muss, bzw. diese aufgrund der Erfordernisse des Kindes neu ausgerichtet werden müssen. Hierbei handelt es sich um einen reziproken Anpassungsprozess zwischen Kind und Eltern, der mit Arbeit verbunden ist und zur Modifikation diverser bestehender Verlaufskurven führen kann. Das Verlaufskurvenschema enthält die Arbeitsinhalte, z.B. dass das Kind nach Bedarf gestillt oder gefüttert wird und wie man dabei vorgehen will (Stillen im Liegen, Sitzen etc.). Diese vorgestellten einzuschlagenden Strategien, müssen in konkrete Handlungen übersetzt werden. Im Verlaufskurvenschema verknüpfen sich interaktionelle Prozesse und konkrete Arbeitsprozesse wie die Artikulation der zu leistenden Arbeit, die einzusetzenden und zu beschaffenden Ressourcen, die Arbeitsteilung zwischen den Eltern bzw. Bezugspersonen des Kindes und ihr jeweiliger Verantwortungsbereich, die Koordination der diversen Arbeiten u.a.m. Wichtig ist, dass das Schema entsprechend der sich entwickelnden Situationen laufend revidiert werden kann⁷⁷. Weiter wirken sich die Projektion der Pflegeverlaufskurve und die Aspekte des einzuschlagenden Arbeitsbogens auf die Handlungen und Interaktionen der an der Arbeit Beteiligten aus. Sie können zu einer Umgestaltung des Schemas/der Schemata im täglichen Handeln, aber ggf. auch der Verlaufskurvenprojektion⁷⁸ führen. Diese Auswirkungen münden ihrerseits als Bedingungen wieder in das zukünftige Handeln ein (s. Corbin 1994: 12, Strauss et. al 1985: 8ff, Strauss 1993: 55f; 1994: 79f, 83).

Wie das Selbst ist die Kompetenz zum selbstgesteuerten oder eigenständigen Handeln von Geburt an nicht einfach da. Die hierfür im Menschen vorhandenen Potenziale müssen im Rahmen der Sozialisation erst entfaltet und dann weiterentwickelt werden. Die Kompetenz zur auf sich selbst und auf Andere bezogenen Pflege konkretisiert sich in den AL und in den in einer Pflegebeziehung eingenommenen Rollen/Funktionen. Diese bilden den engeren Kontext, in dem die entsprechenden Kompetenzen vermittelt und angeeignet werden und wo der

⁷⁶ Da viele Fragen offen bleiben, ist ein schlichtes Mittel-Zweck-Schema unzureichend. Unter Bezugnahme auf die von Mead und Dewey entwickelten Ideen menschlichen Handelns hebt Strauss (1993: 55) hervor, „das die Verlaufskurvenprojektion weder ein Zweck noch ein Ziel ist, auf das das Handeln und die Interaktionen im Sinne eines Mittels ausgerichtet ist“. In Anlehnung an Mead wirken sich Zwecke nach pragmatistischem Verständnis „als Bedingungen für die Ausbildung einer Handlungslinie aus;“ allerdings können eingeschlagene „sichtbare Handlungen Veränderungen der Zwecke herbeiführen“. Und weiter heißt es „Zwecke und Ziele tragen zum Kontext der Bedingungen bei, der sich auf den Verlauf einer Verlaufskurve durch die entsprechende Gestaltungen der Handlungen der jeweiligen Menschen auswirkt“.

⁷⁷ Ein leicht aus dem Blick zu verlierender Aspekt ist, dass ein Schema in den Kontext einer Vielzahl anderer Schemata derselben Person und anderer Akteure eingebettet ist. Der tatsächlich eingeschlagene Arbeitsbogen kann erst im Nachhinein rekonstruiert werden, da nicht alle Aspekte des Arbeitsbogens von vornherein erkennbar sein müssen. Gerade im familiären Kontext müssen verschiedene Schemata aufeinander abgestimmt werden. Die dabei zu leistende Integrationsarbeit nimmt mit der Anzahl der Personen und der Eingebundenheit in verschiedene Kontexte zu (z.B. eine Familie mit zwei Kindern, einem Säugling und einem Vierjährigen, der/die im Kindergarten ist, zwei berufstätigen Eltern etc., Au-pair Mädchen oder alleinerziehende Mutter mit wenig Unterstützung durch ihre Familie etc.).

⁷⁸ Da nicht alle Beteiligten gleiche Vorstellungen von Pflege haben, besteht ein hoher Aushandlungsbedarf zwischen den Beteiligten, was ein hohes und vielfach unterschätztes Konfliktpotenzial beinhaltet. In diesem Zusammenhang muss gesehen werden, dass im professionellen Kontext noch einmal andere Vorstellungen bestehen können als im privaten.

Mensch lernt, diese immer wieder an den sich ändernden Umständen neu auszurichten. An dieser Stelle soll ein weiteres Konzept des Verlaufskurvenbezugsrahmens eingeführt werden, das der **Verlaufskurvenphasen**. Mit der Initiierung der Pflegeverlaufskurven setzt die schrittweise erfolgende Herausbildung von zwei grundlegenden Fähigkeiten ein, der Fähigkeit zur ‚*Perspektivenübernahme*‘ und der zum ‚*Mitfühlen*‘. Der Erwerb der Kompetenz zur eigenen Pflege und zur Pflege Anderer ist an beide Fähigkeiten gebunden. Die Entwicklung sowohl der Fähigkeit zur **Perspektivenübernahme** wie zum **intelligenten Mitfühlen** setzt auf der vorbewussten Ebene ein und wird im Rahmen von Interaktionsformen wie dem **Spiel**, dem **organisierten Spiel** und über die Teilnahme an Gruppen oder sozialen Welten/Arenen vermittelt der Übernahme der Perspektive des **generalisierten Anderen** (Kap. 3) weiter ausgebildet. Dieser an die Gehirnentwicklung, den Spracherwerb und an das soziale Umfeld gekoppelte Differenzierungsprozess⁷⁹ erlaubt dem Menschen, sich von den Anderen abzugrenzen und sein Handeln aus einer zunehmenden Anzahl von Perspektiven zu betrachten, diese in sein Handeln zu integrieren und zu internalisieren. Die in Tabelle 8.3 aufgeführten Phasen dienen als heuristische Orientierungspunkte. Sie verweisen auf von jedem Menschen zu durchlaufende Entwicklungsprozesse, die weniger an Lebensjahre gebunden sind und mehr von den sozialen Welten beeinflusst werden, an denen ein Kind bzw. ein Mensch partizipiert. Auf die vorbereitende Phase wurde in Kap. 3 u.a. im Zusammenhang mit der Herausbildung des emotionalen und körperbezogenen Bewusstseins eingegangen. In Tab. 8.3 sind darüber hinaus die in Kap. 3 genannten signifikanten Anderen aufgeführt, mit denen das Kind, der Jugendliche oder junge Erwachsene bei der Herausbildung von Kompetenzen in den beiden Pflegeformen in Kontakt kommen kann, oder, in Anlehnung an Gildemeister/Robert (2008), mögliche Institutionen und damit Erfahrungsräume.

Tab. 8.3: Phasen, soziale Welten/Arenen und Institutionen/Erfahrungsräume

Phasen nach Lindesmith et al. (1999)	Soziale Welten/Arenen	Institutionen/ Erfahrungsräume ⁸⁰
Vorbereitende Phase	1. Soziolegale wie Eltern, Verwandte	1. Familie
Interaktionale Phase/ Phase des Spiels (Charon 2001)	2. Sozio-Andere, dies sind Menschen aus dem familiären Freundeskreis und aus dem sozialen Netzwerk der Familie	2. Soziales Netz der Familie
Phase des Wettkampfs (Game)	3. Co-equal or compeer, d.h. Kinder, Spielgefährten, Kinder aus Nachbarschaft und Schule	3. Kindergarten
Partizipatorische Phase/ Phase der Referenzgruppe (Charon 2001)	4. Experten der Kinderversorgung/-betreuung	4. Schule
	5. Mediale Andere wie z.B. <i>Harry Potter</i>	5. Berufsfindungsprozesse und Partnersuche
	6. Andere öffentlicher Plätze, das sind solche Personen, auf die das Kind und seine Betreuungspersonen im öffentlichen Raum stoßen wie Feuerwehrmänner, Verkäuferinnen, Fremde auf den Straßen, in Geschäften etc.	6. Paarbeziehung und Familiengründung

Die signifikanten Anderen repräsentieren für das Kind unterschiedliche soziale Welten, auf die es in den verschiedenen Institutionen und Arenen trifft. Letztere bilden wichtige Erfahrungsräume für die Darstellung des Selbst und die erworbenen Kompetenzen in den beiden Formen des Pflegehandelns. Wie erwähnt, kann bei der Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst kein gradliniger Verlauf unterstellt werden, es ist stattdessen von Wendepunkten (‚turning points‘) auszugehen. Für das Verständnis der zu leistenden Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst müssen alle Institutionen berücksichtigt werden, in denen Pflege erfolgt. Als Erfahrungsräume bestimmen sie den Kontext für den Erwerb von Kompetenzen in den beiden Formen des Pflegehandelns. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 8.4 aufgezeigt.

⁷⁹ David D. Franks (2010) hat die neuesten Erkenntnisse der Neuroscience mit den Einsichten des Pragmatismus, insbesondere von Mead, konfrontiert und dabei wichtige Erkenntnisse Meads anhand empirischer Befunde bestätigt und aufgezeigt, wo diese einer Weiterentwicklung bedürfen.

⁸⁰ Regine Gildemeister und Günther Robert (2008) nennen noch mehr Erfahrungsräume wie Studium, Beruf und Familie sowie Alter und Altern.

Abb. 8.4: Erfahrungsräume



Im Folgenden werden weitere Konzepte des Verlaufskurvenbezugsrahmens von Corbin/ Strauss in die Argumentation einbezogen und zwar das *Konzept der Verlaufskurvenphasen*, die *Konzepte der Bedingungen/Umwstände* sowie das der *biographischen Einflüsse und Einflüsse des täglichen Lebens*. Die beiden zuletzt genannten Konzepte verweisen auf das Konzept der beeinflussenden Faktoren des RLT-Modells und auf das Konzept der Stimuli im Royschen Modell.

Grundsätzlich unterstellt das Konzept der Verlaufskurvenphasen Veränderungen, die im Laufe des sich entwickelnden Phänomens, hier der Pflege, durchlebt werden, und die Auswirkungen auf die Arbeit an den jeweiligen Pflegeverlaufskurven, am Selbst und den anderen Kurven haben. Um beschreiben zu können, wie die aufeinander bezogenen Verlaufskurven auf Kurs gehalten werden, wird schließlich das letzte Konzept des Verlaufskurvenrahmens eingeführt, das Konzept der *Verlaufskurven-Handhabung* oder des *Verlaufskurven-Managements*. Wird dieses Konzept, das am Beispiel der Arbeit an Krankheitsverlaufskurven⁸¹ entwickelt wurde, auf die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst übertragen, dann beschreibt es, wie die drei Verlaufskurven in den verschiedenen Lebensphasen mittels der diversen, sich ändernden Verlaufskurvenschemata gestaltet und gehandhabt werden. Hierbei wird unterstellt, dass für das Management der jeweiligen Phasen unterschiedliche Ressourcen benötigt werden, dass diese beschafft und aufrechterhalten werden müssen. Dass es sich dabei um komplexe, höchst störanfällige Vorgänge handelt, wurde bereits gesagt. Die dabei eingesetzten unterschiedlichen Strategien wie Aushandeln, Kompromisse schließen oder Zwang, bezeichnen Corbin/Strauss (1991: 151) als Prozess des ‚Herstellens von Arrangements‘. Diese Arrangements können sich je nach den verfolgten Zielen ändern. Sie spielen sich im Laufe der Zeit ein und werden zu Gewohnheiten bzw. Routinen⁸² (s. Kap. 3.4.3). Da der Begriff des Handhabens bzw. Managements der Verlaufskurven weder die Komplexität der zu leistenden Arbeit einfängt, noch deren Ergebnis oder die Konsequenzen, die diese für die Beteiligten hat, haben Corbin/Strauss den Begriff um zwei Aspekte erweitert: um den des Gestaltens und um den des Erfahrens oder Erlebens. Nach Corbin/Strauss geben die Begriffe ‚managing, shaping und experiencing‘ ein angemesseneres Bild von dem, was bei komplexen Verlaufskurven passiert. Die AL Arbeiten und Spielen ist ein wichtiger Modus der Verlaufskurven-Handhabung und die schon erwähnte Grenzarbeit (8.1) und Artikulationsarbeit (8.2) sind zwei wichtige Arbeitstypen.

⁸¹ In diesem Kontext beinhaltet es die Kontrolle der Symptome und Nebenwirkungen der Behandlung, das Zurechtkommen mit Krisen, die Prävention von Komplikationen und den Umgang mit Einschränkungen wie Behinderungen usw. (Corbin/Strauss 1992: 18).

⁸² Für die Pflege ist wichtig, dass diese Arrangements von höchst fragilem und zerbrechlichem Charakter sind. Änderungen in die eine oder andere Richtung können das erreichte Gleichgewicht leicht zum Einsturz bringen mit Folgen für die Biographie und die Alltagsaktivitäten des Lebens. Strauss et al. (1985: 20) unterstreichen, dass das Zusammenspiel zwischen Kontrolle und Kontingenzen eine enorme Herausforderung für das Management ist.

Diese drei Begriffe stehen in engem Zusammenhang mit dem Meadschen Handlungsmodell. Mit Blick auf die drei aufeinander bezogenen Verlaufskurven und die Herausbildung von Kompetenzen in den beiden Pflegeformen stellen sie wichtige Anknüpfungspunkte zu den Erkenntnissen der drei pflegetheoretischen Ansätze dar. Letztere sollen in einem nächsten Schritt vor dem Hintergrund des vierphasigen Meadschen Handlungsmodells⁸³ anhand der folgenden drei für das Pflegehandeln wichtigen Aspekte diskutiert werden:

- Das Machen von Erfahrungen
- die Herausbildung von Objekten der Pflege
- die Ausbildung, Adaptation, Modifikation und Rekonstruktion von auf die Pflege bezogenen Gewohnheiten.

Werden die Ideen der Pflegetheoretikerinnen in Bezug auf die untersuchten Konzepte des Selbst, des Selbstkonzepts und des Körperbilds betrachtet, zeigt sich, dass sie – wie in Abbildung 8.5. dargestellt –, unterschiedliche Phasen des Meadschen Handlungsmodells repräsentieren oder einzelne beobachtbare Handlungen bzw. Handlungsmuster in den AL betonen und dabei mehr oder weniger die Handlungsfähigkeit des Menschen voraussetzen.

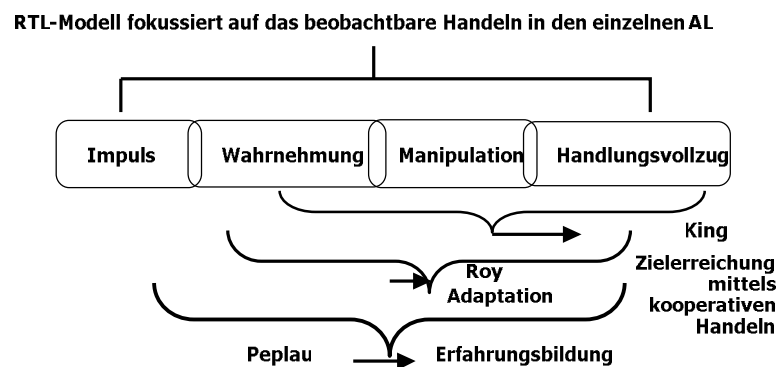


Abb. 8.5: Bezug der pflegetheoretischen Ansätze zum Meadschen Handlungsmodell

Im Unterschied zu den diskutierten pflegetheoretischen Ansätzen besteht ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Arbeit darin, dass die Fähigkeit/Kompetenz zur auf sich selbst und auf Andere bezogenen Pflege an die Fähigkeit zur ‚*Perspektivenübernahme*‘ und zum ‚*intelligenten Mitfühlen*‘ gebunden ist. Die Relevanz dieser beiden für die Pflege grundlegenden, interdependenten Fähigkeiten soll im nächsten Abschnitt anhand der drei o.g. Aspekte entlang des Meadschen Handlungsmodells erörtert werden.

8.3.2 DIE ENTWICKLUNG DER FÄHIGKEIT ZUR PERSPEKTIVENÜBERNAHME UND ZUM INTELLIGENTEN MITFÜHLEN ALS VORAUSSETZUNG ZUR GESTALTUNG DER PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND DES SELBST VOR DEM HINTERGRUND DES MEADSCHEN HANDLUNGSMODELLS

Ausgangspunkt menschlicher Erfahrungen sind *soziale Impulse*, die, wie der ‚schützende elterliche Impuls‘ und wie die ‚Haltung des Mitfühlens‘ im Fall des pflegerischen Handelns, beim Handeln in sozialen Beziehungen sozial überformt und zu fortwährend weiterentwickelten Handlungsgewohnheiten werden. Pflegerische Erfahrungen sind innerhalb des Handlungsflusses, d.h. innerhalb der vier Handlungsphasen - Impuls, Wahrnehmung, Manipulation und Handlungsvollzug - zu lokalisieren und zu deuten. In diesem Zusammenhang ist im Blick zu behalten, dass Mead Handeln nicht auf bewusstes Handeln⁸⁴ beschränkt, sondern vor dem Hintergrund unter-

⁸³ Georg Cronk (www.iep.utm.edu/mead, Zugriff: 08.02.2009/13.10.2011) macht darauf aufmerksam, dass Mead in seiner Allgemeinen Philosophie zwei aufeinander bezogene Modelle des Handelns beschreibt, einmal Handeln-als-solches (im eigentlichen Sinn) und das Modell des sozialen Handelns. Wenn hier vom Handlungsmodell die Rede ist, dann werden beide Modelle immer aufeinander bezogen.

⁸⁴ Den zentralen Unterschied zwischen Meads Verständnis vom Handeln und dem von Talcott Parson, auf den sich u.a. das Handlungsverständnis von Dorothea E. Orem stützt (s. Mischo-Kelling 1995a), sieht Erkki Kilpinen (o. Jahr: 8) darin, dass Parsons Konzept der Handlung den Verstand des handelnden Menschen voraussetzt (mind-first-approach), wohingegen Mead anderes herum vorgeht und aufzeigt, wie der Mensch zu einem Verstand/zu Geist (mind) gelangt und schließlich zu einem Selbst. Auch wenn die in dieser Arbeit behandelten Pflege-theoretikerinnen vom allgemeinen Handeln in der Pflege ausgehen, betrachten sie Pflegesituationen primär aus der Perspektive der professionellen Pflegekraft und fokussieren hierbei auf das bewusste Handeln der Pflegeperson.

schiedlicher Bewusstseinsformen diskutiert. Im Gegensatz zum Kind verfügen die Eltern bereits über ein mehr oder weniger umfangreiches Handlungsrepertoire. Zudem verfügen sie über die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen in bestimmten Qualitäten (z.B. gering bis hoch ausgebildet). Was nun die Pflege eines Anderen betrifft, in diesem Fall ihres Kindes, verfügen sie je nach den Umständen nur über ihre eigenen Erfahrungen mit der Pflege durch die eigenen Eltern und/oder fremde Menschen (Verwandte, Professionelle) oder über eigene Erfahrungen mit der Pflege Anderer, sei es eines Familienangehörigen oder fremder Kinder/Menschen. Ihre Erfahrungen zum intelligenten Mitfühlen in dieser Pflegeform können demnach höchst unterschiedlich ausgeprägt sein. Sie haben im Gegensatz zum Kind prinzipiell die Mittel, über ihre Erfahrungen zu reflektieren, während das Kind diese erst erwerben und ihre Nutzung erlernen muss. Mit der Initiierung der Pflegeverlaufskurven und des Selbst in Bezug auf das Kind, setzt der Erwerb pflegerischer Kompetenzen in beiden Pflegeformen beim Kind parallel zu deren Weiterentwicklung bei den pflegenden Personen ein. So gesehen ist diese Beziehung keine Beziehung unter Gleichen, wobei den Erwachsenen die Aufgabe zukommt, dem Kind die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Kompliziert wird das Ganze dadurch, dass die Beziehung nicht auf eine Zweierbeziehung beschränkt ist. Vielmehr können sich eine unterschiedlich große Anzahl von Beziehungen miteinander verschränken und gegenseitig beeinflussen.

Nach den Vorstellungen der hier diskutierten Pflegeetheoretikerinnen kann unterstellt werden, dass die Gestalt, die die Verlaufskurven der in die Pflege involvierten Personen annehmen, im Zusammenhang mit den Erfahrungen gesehen werden muss, die diese bei der Pflege machen. Für die Handhabung und Steuerung der Pflegeverlaufskurven und des Selbst muss daher das gesamte Handlungsmodell berücksichtigt werden. Dieses liefert einen wichtigen Schlüssel zum Verständnis dessen, wie Menschen mittels Erfahrungen Kompetenzen in beiden Pflegeformen erlangen und diese dabei kontinuierlich an sich ändernde Situationen anpassen, neu ausrichten und rekonstruieren.

8.3.2.1 ERFAHRUNGEN MACHEN

Mit der Initiierung der Pflegeverlaufskurven beim Neugeborenen, die die vorbereitende Phase einleitet, werden neben der Herausbildung des emotionalen Bewusstseins des Kindes wichtige Lernprozesse in Gang gesetzt (s. Kap. 3.2.1.1). Diesen Prozessen nähert sich Peplau aus der Perspektive der schon erwähnten vier psychologischen Aufgaben - wie etwa der Aufgabe, ein Bedürfnis aufzuschieben -, und der drei von ihr unterschiedenen Lernformen an. Diese sind: Lernen durch Versuch und Irrtum, Lernen durch Imitation und Lernen durch die Analyse von Erfahrungen. Die beiden erstgenannten Formen begreift sie als Mischformen von Lernen und adaptivem Handeln, die letztere als Lernen. Diese Form entspricht Meads Idee des reflexiven Handels. Diese Idee ist bei Mead mit seiner Theorie des experimentellen Lernens bzw. hypothetischen Lernens verbunden, die er zu einer allgemeinen Theorie der Erziehung ausarbeitet (s. Oelkers o.Jahr a.: 12). Roy hingegen betrachtet die Lernprozesse aus der Perspektive der Adaptation an sich ändernde Handlungserfordernisse. Der Mensch bewerkstelligt die Adaptation an die aus seiner internen und äußeren Umwelt auf ihn einwirkenden Stimuli durch die beiden aufeinander einwirkenden Copingprozesse des Regulators und Cognators. Mittels dieser Prozesse lernt der Mensch, sich an die sich ändernde Umwelt anzupassen. Diese Lernprozesse und adaptiven Prozesse werden – auch wenn sie bei Peplau in interpersonalen Beziehungen verortet werden –, primär vom Standpunkt des zu pflegenden Menschen diskutiert. Zum Verständnis des pflegerischen Handelns und entsprechender Erfahrungen etc. ist es jedoch zwingend geboten, auch den Standpunkt der pflegenden Personen einzubeziehen, da beide sich gegenseitig bedingen. Das Kind bildet/sozialisiert die es pflegenden Menschen ebenso wie es von diesen gebildet bzw. sozialisiert wird. Die Pflege ist von Anfang an eine Ko-Produktion aller beteiligten Personen oder, in den Worten von King und Mead, *kooperatives Handeln*.

Frühe Erfahrungen mit der Pflege sind in erster Linie emotionale Erfahrungen, die eng mit dem unmittelbaren Erleben anderer Menschen verbunden sind. Hierbei sichert das pflegerische Handeln der Eltern/pflegenden Be-

zugspersonen für das Kind die Fortsetzung seiner in vielerlei Hinsicht noch unkoordinierten Handlungsweisen. In dieser Hinsicht gibt es eine große Übereinstimmung zwischen den Vorstellungen von Peplau/Sullivan und Mead. Ging es Mead bei der Rekonstruktion der Anfänge des Selbst darum, die Stellung und Funktion von Emotionen im Handlungsprozess herauszuarbeiten, konzentrierte sich Peplau in Anlehnung an Sullivan darauf, wie die in interpersonalen Situationen durch Spannungen freigesetzten Energien für die miteinander interagierenden Menschen in **Erfahrung** transformiert werden können. Die Erkenntnisse von Mead und Peplau lassen sich nicht nur im Begriff ‚Erfahrung‘ zusammenführen, vielmehr können an ihm auch die bestehenden Unterschiede aufgezeigt werden. Für Mead wie für Peplau bilden die Erfahrungen des Menschen nicht nur die grundlegenden Daten, über die der jeweilige Mensch verfügt, sondern sie sind auch der Ausgangspunkt der Reflexion (welche Erfahrungen haben zu einer bestimmten Form selbstbezogenen Pflegehandelns geführt, in welcher Beziehung steht dieses zum Selbst?) Peplau folgt hier der Einsicht Sullivans, wonach die Erfahrungen des Menschen die Schnittstelle zwischen äußerer und innerer Umwelt sind. Das Kind lernt über seine Auseinandersetzung mit anderen Menschen und Dingen, **seine Erfahrungen untereinander in Beziehung** zu setzen, indem es vorangegangene mit gegenwärtigen verknüpft. Dies geschieht zunächst auf einer gefühlsmäßigen Basis (s. Kap 5.3.1).

Peplau und Mead konzentrieren sich auf unterschiedliche Aspekte menschlicher Erfahrungen beim Handeln und in ihrer Beziehung zum eigenen Selbst. Beide Betrachtungsweisen sind für den Erwerb pflegerischer Kompetenzen, für die Gestaltung pflegerischer Situationen und für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst von außerordentlicher Bedeutung. Peplau fokussiert zwei für die Persönlichkeitsentwicklung bedeutsame Erfahrungsarten, die **Erfahrung von Spannung** und die **Erfahrung von Energietransformation**. Sie betont insbesondere das Thema **Angst** und **Sicherheit**, welches im RLT-Modell als die AL ‚Für seine Sicherheit sorgen‘ ausgewiesen wird. Hiernach muss der Mensch sich aktiv engagieren, um sich ‚sicher zu fühlen‘. Roy greift dieses Thema bei der Beschreibung des Selbstkonzept-Modus auf. Dieser Modus wird aufgrund der ihm zugeschriebenen Funktion, die psychische und spirituelle Integrität des Menschen anzustreben und aufrechtzuerhalten, von Roy als die Kraft verstanden, mittels derer die vier Adaptationsmodi zusammen- und am Laufen gehalten werden. Diese Energie äußert sich im menschlichen Streben nach Angemessenheit, bei dem gewisse Prozesse des Cognators aktiviert werden, insbesondere Prozesse der Verarbeitung von Informationen und Emotionen.

In der Eltern-Kind-Beziehung erlernt und eignet sich das Kind die oben erwähnten Sicherheits- bzw. Abwehrstrategien an, soweit sie für die Behauptung seines Selbst erforderlich sind. Diese Strategien ermöglichen den erfolgreichen Umgang mit angstausslösenden Situationen durch die Kanalisierung der dabei entstehenden Angstenergien. Beide Erfahrungsformen und das damit verbundene Theorem werden von Peplau über das Konzept der **Wechselseitigkeit** für die Pflege fruchtbar gemacht (s. Kap. 5. 4.1.1). Diesem letztgenannten Konzept kommt bei der Erfahrungsbildung eine zentrale Rolle zu. Hierbei richtet Peplau ihr Augenmerk auf die **Funktion** des Selbst-Systems als **eines Dynamismus der Verhaltenstransformation**. Dieser sich entwickelnde Dynamismus ermöglicht dem Menschen, die im Laufe des Lebens ausgebildeten Verhaltensmuster als Ergebnis einer Anpassung an sich ständig ändernde biologische und soziale Anforderungen und Möglichkeiten in immer neue Muster zu überführen (Peplau, Kap 5.3.2). Mit Blick auf die AL und die in diesem Zusammenhang auszubildenden Kompetenzen in beiden Formen des Pflegehandelns ist von Bedeutung, wie diese Spannungen vom Kind erlebt und erfahren werden und zu welchen Ergebnissen dies führt, ob sie **integriert, desintegriert oder aufgelöst werden**. Peplau sieht hier einen Zusammenhang zu den Mustern des In-Beziehung-Tretens zwischen der pflegenden Person und dem zu pflegendem Menschen, d.h. wie ersterer auf den geäußerten Bedarf an Hilfe bzw. Pflege eingeht. Wie erwähnt, geht sie davon aus, dass der zu pflegende Mensch hier jene Muster reproduziert, die er bei der Aneignung der für sein Überleben wichtigen ‚Lebenstechniken‘ in interpersonalen Beziehungen gemacht hat. Peplau und Mead betonen übereinstimmend die Bedeutung der Sprache, doch ist es insbesondere

Mead, der den Zusammenhang zwischen Erfahrungen, Emotionen, Sprache und Handeln⁸⁵ herausarbeitet. Allerdings wird dieser Umstand aufgrund der Rezeptionsgeschichte der Meadschen Arbeiten und auch, weil sich Aussagen hierzu nur bruchstückhaft und verstreut in seinem Werk finden, leicht übersehen. Eine ausführliche Erörterung dieses Zusammenhangs findet sich in seiner Philosophie der Erziehung (PE)⁸⁶, auf die im Folgenden exemplarisch zurückgegriffen wird.

Trotz gewisser Ähnlichkeiten in der Argumentation besteht der zentrale Unterschied zwischen Peplau und Mead darin, dass letzterer Erfahrungen gleich welcher Art in den *fortwährenden Handlungsfluss* des Menschen bei seiner Auseinandersetzung mit der ihn umgebenden natürlichen und sozialen Umwelt einbettet und die Aufmerksamkeit auf den *gesamten Handlungsprozess* und auf die *jeweilige Handlungssituation* lenkt. Auch nach seinem Verständnis kommt es beim Handeln, d.h. im kontinuierlichen Prozess der Anpassung und Neuabstimmung⁸⁷, als Folge des unterbrochenen Handlungsflusses zu Spannungen (ISS: 43) und somit zu Emotionen⁸⁸. Sie strahlen nach innen in den Organismus aus und nach außen in die jeweilige soziale Struktur (s. auch Ward/Throop 1989: 466), hier in die Eltern-Kind-Beziehung. Sie haben wie bei Peplau/Sullivan sowohl eine biologische als auch eine psychosoziale Seite. Ein Schlüssel zum Meadschen Verständnis der *funktionalen Bedeutung von Emotionen* beim Handeln ist die von ihm vorgenommene Differenzierung zwischen *Emotion* und *Interesse*⁸⁹ und deren Stellung im Prozess des Handelns, d.h. in den vier Handlungsphasen *Impuls, Wahrnehmung, Manipulation* und *Handlungsvollzug* der von ihm unterschiedenen Handlungsformen: dem unmittelbaren Handeln, dem Versuch-und-Irrtum-Handeln und dem reflexiven Handeln, sowie der von ihm differenzierten Bewusstseinsformen und der von ihm unterschiedenen Handlungsweisen Spiel, Arbeit und Kunst (s. auch Kap. 3). Ein weiterer Schlüssel ist der Begriff des *Objekts*. So betont Mead in seiner Vorlesungsreihe Philosophie der Erziehung (PE: 40),

„dass das Kind dagegen nicht nur dazu erzogen [wird], richtig zu reagieren, sondern auch dazu, das Objekt zu konstruieren, auf das es reagiert [...]. Das Kind lernt, warum es etwas tut und warum es etwas nicht tut. Es findet bei ihm eine bewusste Konstruktion des Objektes [...] statt. Die Fähigkeit das Objekt zu konstruieren, ist somit der Schlüssel zum bewussten Training“.

Die menschliche Plastizität (Formbarkeit) ergibt sich aus dem Umstand, dass beim Kind die möglichen Handlungsreaktionen noch nicht mit Reizen verknüpft sind. Aus dieser Plastizität ergeben sich bezogen auf den Erwerb von Kompetenzen in den beiden Pflegeformen:

„alle Chancen und Anpassungen [...] – ein Zustand, in welchem die Reize noch nicht bestimmt sind. Das kleine Menschenkind besitzt nicht nur Instinkte, sondern es hat überdies die Fähigkeit, die Objekte bewusst zu konstruieren, auf welche diese Instinkte reagieren werden. Es wird von der Gesellschaft dazu angeleitet, diese Objekte zu konstruieren [...]“ (PE: 41).

⁸⁵ Auf diesen Zusammenhang weisen Ward/Throop (1989: 469) hin. An anderer Stelle unterstreichen sie, dass Mead in emotionalen Ausdrucksweisen, verstanden als Geste, eine abgekürzte Handlung sieht, die geeignet ist, die emotionale Bedeutung einer Handlung mitzuteilen (ebenda: 470).

⁸⁶ Diese Vorlesungsreihe besteht aus insgesamt 38 Vorlesungen. Mead entwickelt in diesem Kurs, in dem er die Entwicklung des Kindes aus einer entwicklungsgeschichtlichen- soziokulturellen Perspektive beleuchtet, zwei Argumentationsstränge, einen interaktionalen und einen entwicklungsbezogenen. Was den interaktionalen Aspekt betrifft, geht es hier insbesondere um die Vermittlung von Sinn bzw. Bedeutung. Dies verweist auf den Spracherwerb. Bredo (2010: 328) spricht vom Erwerb linguistischer und konzeptueller Werkzeuge, deren Gebrauch man lernen muss, und deren Sinn nur in der praktischen Anwendung verstehbar wird. Der entwicklungsbezogene Aspekt verweist auf die Bedeutung von Emotionen für die Identifikation als Voraussetzung für die Bindung an z.B. eine Gruppe, aber auch für die Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, die mit einer Distanzierung von sich selbst und anderen einhergeht (s. Bredo 2010: 329, aber auch Martin/ Gillespie 2010: 257).

⁸⁷ Die Umwandlung von Energie mittels Erfahrungsbildung wird hier im Handlungsprozess verankert.

⁸⁸ Die Bedingungen für das pflegerische Handeln sind in der Pflegesituation enthalten. In die konkrete Pflege und die dabei ablaufenden sozialen Interaktionen sind emotionale Erfahrungen eingebettet.

⁸⁹ Wie in Kap. 3, FN 25 erwähnt, greift Mead ein bei Dewey (1894/95) zu findendes Thema auf, das dieser in seinen 1894 und 1895 erschienenen Artikeln zur ‚Theory of Emotion‘ I und II in der Auseinandersetzung mit den Vorstellungen von Charles Darwin und William James behandelt.

Da dieser Prozess für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven, für deren Gestaltung und die des Selbst relevant ist, sollen im nächsten Schritt frühe pflegerische Erfahrungen betrachtet werden.

8.3.2.2: ERFAHRUNGEN MACHEN ALS FORM DER ‚HABIT-BILDUNG‘

In der so genannten vorbereitenden Phase werden wichtige Weichen für die Herausbildung pflegerischer Kompetenzen gestellt, die die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven beeinflussen. Hier werden über die Beziehungen des Kindes zu den Eltern/Bezugspersonen mittels Kommunikation die Voraussetzungen für die Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum ‚intelligenten Mitfühlen‘ geschaffen, sei es in Bezug auf Dinge wie den eigenen Körper oder in Bezug auf Andere oder auf das eigene Selbst. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme führt zur schrittweisen Entwicklung eines Körperbildes, das ein wichtiger Referenzpunkt für beide Formen des Pflegehandelns ist (s. Kap. 3). Um den Körper und seine Funktionen und um das sich entwickelnde Selbst reihen sich viele pflegerische Erfahrungen. Die wichtigsten Aufgaben der Eltern/Pflegepersonen bestehen darin,

- das Kind bei der Nutzung seiner Sinnesorgane Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten zu unterstützen, so dass es diese ausbilden kann
- ihm wichtige Fähigkeiten wie den Gebrauch der Hände und den aufrechten Gang zu vermitteln sowie
- mit ihm die Sprache einzuüben und ihm die Bedeutung sprachlicher Symbole zu vermitteln⁹⁰.

Das neugeborene Kind/der Säugling setzt sich über seinen Körper *unmittelbar* und noch *nicht reflexiv* in Beziehung zu seiner Umwelt, also mit seinen Eltern/Bezugspersonen und den es umgebenden Dingen auseinander. Es lebt anfänglich in einem generellen symbiotischen Hier-und-Jetzt. Hierbei entwickelt das Kind allmählich ein Gefühl für seinen eigenen Körper und im weiteren Verlauf von sich selbst. Bei seinen frühen Handlungsweisen kommen vor allem die Phase des *Handlungsimpulses* und die des *Handlungsvollzugs* zum Tragen, während sich die in den Phasen *Wahrnehmung* und *Manipulation* wirkenden neuro-physiologischen und sozialen Prozesse erst noch ausbilden müssen⁹¹. Diese Prozesse setzen mit der ‚mitfühlenden Reproduktion‘ der vom Kind bei Anderen gesehenen Gesten und deren Veränderungen ein. Anfangs denkt das Kind nur gestisch. Diese Kommunikation führt später zur artikulierten Sprache (s. PE: 44). In diesem Zusammenhang sind die von Mead getroffenen Unterscheidungen zwischen einer Geste, einem Ausdruck (*expression*) oder dem Symbol einer Emotion und der Erfahrung einer Emotion wichtig (s. Engdahl 2005: 63). Unter Erfahrung einer Emotion versteht Mead die ‚gefühlte‘ *Unterbrechung des Handelns*. Da soziales Handeln wie die Pflege kontinuierlich zwischen Empfänger (Kind) und pflegender Person angepasst und neuangepasst werden muss, kommt es immer dann zu Spannungen in Form von Emotionen, wenn die Äußerungen des Kindes nicht zum Vollzug seines Handelns führen und letzteres in sich zusammenbricht bzw. wenn die Handlungsweisen der pflegenden Person nicht zu dem vom Kind intendierten Ergebnis führen⁹². Emotionale Ausdrucksweisen (Gesten) als frühe Form der Sprache sind nach Mead eine wichtige Form sozialen Handelns. Als sichtbarer Ausdruck der emotionalen Handlungsweisen des Kindes kommt ihnen aufgrund ihres Zeichencharakters ein *funktionaler Wert* zu. Ihr Zweck besteht darin, dass

⁹⁰ In Kap. 3.2.1.1 habe ich auf die Bedeutung hingewiesen, die der Entwicklung der Distanzsinne zukommt. Wenn die Distanzsinne des heranwachsenden Kindes leistungsfähiger werden und sich verfeinern, können die Kontakterfahrungen, auf die es reagiert, verzögert werden, wodurch sich die Möglichkeiten des Kindes zur Anpassung und zur Auswahl entsprechender Verhaltensweisen erhöhen. Mit der Ausbildung der Distanzsinne und -erfahrungen gehen auch Erfahrungen von Trennung einher, im Sinne einer Trennung zwischen dem Inhalt der Distanzerfahrung und der entsprechenden Reaktion.

⁹¹ In ihrem Buch ‚*Entwicklungspsychologie der Kindheit*‘ haben Jutta Kienbaum und Bettina Schuhrke (2010) wichtige neuere Erkenntnisse zu diesem Thema aufbereitet. Informativ für die Pflege ist u.a. das Kapitel zu den neurowissenschaftlichen Grundlagen der Entwicklung, in der die Funktionsweise des Gehirns und der entsprechenden Entwicklungsprozesse abgehandelt werden.

⁹² Eine solche Situation kann – solange die Äußerungen des Kindes noch nicht richtig gelesen, interpretiert und zugeordnet werden können – die Eltern / Bezugspersonen zur Verzweiflung bringen.

„die emotionalen Zustände und die entsprechenden begleitenden physiologischen Zustände dem Menschen eine **Bewertung der Handlung** [Hervorhebung MMK] liefern, bevor deren Koordination vollendet ist, die zu einer bestimmten Antwort führt“ (Mead 1895: 164).

Die Information, die das Kind mit seinem emotionalen Ausdruck sich selbst und der es beobachtenden Person vermittelt, sind für Mead integraler Bestandteil der emotionalen Erfahrung der ‚gefühlten‘ Handlungsunterbrechung. Die vom Kind benutzten Gesten verstanden als Handlungen werden nach Mead (PE: 45) an dem Punkt gehemmt, wo sie Bedeutung für die Pflegeperson haben, d.h. zu Beginn von deren Handlungen. Hierbei weist die unterbrochene Handlung auf die bevorstehende hin (s. Ward/Throop 1989: 469). Sie fordert die pflegende Person zu bestimmten Handlungen auf. Der Zeichenwert, d.h. die Bedeutung einer Emotion, hängt nach Ward/Throop (1989: 472) von der Interpretation dessen ab, was für den Beobachter - hier die pflegende Person - als nächstes folgt. Umgekehrt gilt dies auch für das Kind. Je vertrauter Kind und Eltern miteinander sind, desto leichter können sie feinste Zwischentöne und Nuancen erkennen. So wacht das Neugeborene beispielsweise auf oder es unterbricht sein Spiel und schreit. Durch sein Schreien teilt es mit, dass es Hunger hat oder dass es sich unwohl fühlt (z.B. nasse Windel). Das Gefühl des Hungers stellt eine Unterbrechung der bis dahin bestehenden Situation dar (Schlaf, Spiel). Es erzeugt eine Spannung, die sich im Schreien ihren emotionalen Ausdruck verschafft. Das Schreien als beobachtbare Seite der kindlichen Handlungsbereitschaft, sein Hungergefühl oder Unwohlsein aus der Welt zu schaffen, setzt andere in Bewegung. Es hat für sie einen Gegenwartswert (*a present value*) und erzeugt bei ihnen auf diese Weise eine Reaktion in Form einer Handlung. Der Wert für das Kind besteht darin, dass das vom ihm erzeugte veränderte Verhalten der Anderen es bei der Erreichung seines Ziels unterstützt. Es kann an ihren Haltungen, ihrem Gesichtsausdruck, ihren Gesten, aus der Tonlage und der Stimme der es pflegenden Personen (sie bewegen sich auf es zu, wenden sich ihm zu, heben es aus dem Bett und beruhigen es oder sind ungeduldig mit ihm) deren Handeln erkennen und **die sich darin ausdrückenden Werte fühlen** (s. auch Kap. 3: 21f). In der Interaktion mit den es umgebenden Menschen leitet das Kind aus deren Reaktionen (Gesichtsausdruck, Bewegungen, Tonfall etc.) **die Bedeutung** bzw. **den Sinn** derselben ab. So erhält bspw. Akzeptanz die Bedeutung von Freude, wohingegen Ablehnung die Bedeutung von Missvergnügen erhält. Bis zu diesem Punkt sind die Auffassungen von Mead und Peplau noch vergleichbar. Sie trennen sich dort, wo Mead beginnt, die Bedeutung der ‚gefühlsmäßigen‘ Erfahrungen und andere Erfahrungsarten des Kindes für die Entstehung eines Selbst beim Handeln herauszuarbeiten, während Peplau sich auf die Sicherheitsoperationen des Selbstsystems als Anti-Angstsystem fokussiert. Für Mead liefern diese Erfahrungen dem Kind wichtiges Material zur Herausbildung von **Images** und später von **Objekten**. Neben emotionalen Erfahrungen, denen eine spezifische Funktion im Handlungsprozess zukommt, sind vor allem **Distanz- und Kontakterfahrungen** wichtig sowie mit Blick auf die Pflege die **ästhetische Erfahrung**. Zur Bildung von Images kommt es, wenn das Kind aufgrund angereicherter Erfahrungen seine eigenen Gesten und die seiner Bezugspersonen mit dem Inhalt seiner Emotionen, Empfindungen und Haltungen identifiziert. Die Images entstehen aus den Reaktionen, die die Geste der pflegenden Person im Kind hervorruft⁹³. Der bisher beschriebene Prozess gilt auch für die Eltern/Bezugspersonen. Es handelt sich um einen reziproken Prozess, der an die Pflege dieses Kindes gebunden ist und nicht eins-zu-eins auf ein anderes Kind übertragen, aber sehr wohl mit anderen verglichen werden kann. Für beide, das Kind und die Pflegeperson, haben bestimmte Gesten in Bezug auf pflegerische Handlungen die gleiche **funktionale Identität**⁹⁴, z.B. die beruhigende Geste des Hin-und-Her-Schaukelns oder das abendliche Ritual

⁹³ Beim sozialen Handeln, wie beim Pflegen, sind die einzelnen Handlungsphasen funktional abhängig von den Handlungen und Reaktionen der darin involvierten Personen. Der Sinn der Handlung für den einen Menschen leitet sich aus der Reaktion des Anderen ab (ISS: 203).

⁹⁴ Nach Engdahl (2005: 59) muss zwischen funktionaler Identität und existentieller Identität unterschieden werden. In der frühen Phase des Kindes spricht sie von einer funktionellen Identität und Identifikation. Auch wenn die Menschen existentiell vollkommen unterschiedlich sind, bietet die menschliche Kommunikation den Menschen beim Handeln die Möglichkeit, eine funktionale Identität von Gesten herzustellen. Zum Beispiel kann Lächeln in seinen unterschiedlichen Ausprägungen als Freude verstanden werden oder das morgendliche Anziehen, das als Handeln immer die gleiche funktionale Identität des Körperschützens hat, auch wenn Menschen sich täglich etwas anderes anziehen. Mead spricht ein Prinzip an, wonach eine Geste von X bei Y die gleiche Bereitschaft zu handeln hervorruft. Innerhalb den AL finden sich viele Handlungsweisen, die trotz faktischer Verschiedenheit eine funktionale Identität aufweisen (s. ISS: 197-211). Die funktionale Identität von Gesten

des Ins-Bett-Gehens. Images sind gespeicherte Erfahrungen. Als solche sensibilisieren sie das Kind auf spezifische Art und Weise, auf bestimmte Gesten/Stimuli zu reagieren. Sie dienen damit der **Habit-Bildung** (Gewohnheiten-Bildung) im Sinne der Habitualisierung des Sehens, Empfindens, Sprechens, Handelns, Denkens usw. bis hin zu gesellschaftlichen Konventionen und Regeln. Bezogen auf die Pflege bedeutet dieses, dass das Kind über das Pflegehandeln seiner Eltern/Bezugspersonen nicht nur eine Bandbreite von ‚gefühlten‘ Erfahrungen in den einzelnen AL macht, es lernt auch nach und nach, über das In-Beziehung-Setzen von Erfahrungen Verbindungen zwischen diesen herzustellen, zwischen ihnen zu differenzieren und sie aufgrund von Ähnlichkeiten und Unterschieden zuzuordnen. Dieser Prozess wird durch die sich entwickelnde Sprache unterstützt. Umgekehrt lernen die Pflegepersonen, die ‚emotionalen‘ Ausdrucksweisen des Kindes zu deuten, diese den verschiedenen AL zuzuordnen und bei deren Äußerung entsprechend zu handeln. Beide Parteien bilden auf diese Weise Gewohnheiten aus, die diese Prozesse des Erkennens, In-Beziehung-Setzens etc. verbessern und beide sicherer werden lässt. Roper et al. greifen das Thema Gewohnheiten im Zusammenhang mit den Aktivitäten des Lebens auf, ohne aber die Bedeutung derselben herauszuarbeiten. Gewohnheiten werden von ihnen im Kontext der Lebensgestaltung des einzelnen Menschen gesehen. Wie es zur Herausbildung von Gewohnheiten kommt, welche Funktion ihnen für das pflegerische Handeln zukommt, bleibt aber im Dunkeln. Weder wird von ihnen die oben angedeutete sensibilisierende Funktion erwähnt, noch die von Mead betonte lebenswichtige Funktion der Handlungsökonomie. In den Gewohnheiten lagern sich die Erfahrungen ab, die ein Mensch in Bezug auf Stimuli, auf Objekte und Menschen in den unterschiedlichen Zusammenhängen gemacht hat. Es greift zu kurz, Gewohnheiten als bloße Wiederholung bestimmter Handlungen aufzufassen, weil dabei ihr adaptiver Charakter übersehen wird. Dieser zeigt sich im unmittelbaren Handeln, d.h. in der scheinbaren Leichtigkeit und Flüssigkeit des Handelns. Er gelangt ins Bewusstsein, wenn der Handlungsfluss unterbrochen ist. An dieser Stelle können Roys Überlegungen zur Adaptation erneut auf die Vorstellungen der Pragmatisten bezogen werden. Peplau spricht mit Blick auf die Funktionsweise des Selbstsystems als eines Dynamismus der Verhaltenstransformation von **Verhaltensmustern**, **Musterintegration** und **Lebensmustern** statt von **Gewohnheiten-Bildung**. Hierbei hebt sie zum einen die drei Dimensionen des Selbstsystems hervor (ich bin ein Mensch, der ..., ich bin vielleicht ..., ich bin nicht ...). Zum anderen lenkt sie den Blick bezüglich der Funktionsweise des Selbstsystems als Anti-Angstsystem auf die Integration und Desintegration von Erfahrungen. Diese Lebensmuster habe ich in Kap. 5 (Pkt. 5.5) als Gewohnheiten charakterisiert, die sich in den einzelnen AL widerspiegeln. Auch King spricht von Handlungsmustern. Die allgemeine Bedeutung dieser Handlungsmuster im Sinne der **Gewohnheiten-Bildung** bleibt bei allen dreien eher vage⁹⁵. Sie ist für die Funktionsweise des Selbstsystems wie des Selbst wichtig. So können desintegrierte, abgewehrte bzw. aufgelöste Reaktionen nicht nur zu einer eingeschränkten Gewohnheiten-Bildung führen, sondern als deren Konsequenz auch zu einer begrenzten Handlungsbereitschaft im Sinne einer fehlenden Sensibilisierung für bestimmte Handlungsimpulse.

Was die Bildung von Images betrifft, denen als Handlungsimpulse beim Handeln eine wichtige Funktion zukommt, unterscheidet Mead zwischen **Sinnesbildern** und **sensomotorischen Bildern**. Während erstere die Auswahl von Stimuli kontrollieren, ist die zweite Art von Images handlungsbezogen im Sinne einer Hin- oder Wegbewegung. Grundsätzlich besteht die Funktion von Images **in der Selektion** und **in der Bildung von Objekten**, auf die sich unser Handeln richtet (Mead zitiert in Chappell/Orbach 1986: 80). Images geben dem, was in der menschlichen Vorstellung liegt, die Richtung der Schritte vor, mittels derer sie sich einem Objekt⁹⁶ in einer Si-

ist die Voraussetzung für die Entwicklung der Fähigkeit zur Rollen- bzw. Perspektivenübernahme und für das intelligente Mitfühlen.

⁹⁵ Peplau zielt mit ihrem Fokus auf Verhaltens- und Lebensmuster auf das Ergebnis der Gewohnheiten-Bildung. Als ‚Prozesstheoretikerin‘ interessierte sie sich auch für deren Entstehung, wie das Beispiel des Selbstsystems oder die erklärende Theorie der fokalen Aufmerksamkeit zeigen (s. Peplau 1983 in O’Toole/Welt 1989). Sie untersuchte bestimmte Phänomene, weniger Gewohnheiten als solche.

⁹⁶ Um sich an etwas anpassen zu können, ist Denken (Schlussfolgern) im Sinne von In-Beziehung-Setzen wichtig (s. Kap. 3: 33ff), ein ebenfalls von Peplau betonter Aspekt. Anders als Mead richtet sie ihr Augenmerk aber auf die Verarbeitung von

tuation nähern oder von ihm abwenden. Bei der ‚gefühlten‘ Unterbrechung des Handlungsflusses kommt es zu widerstreitenden Tendenzen. Dies ist der Punkt, wo nach Mead (1904 in Anlehnung an James: 606) Images in der Erinnerung an den Rändern auftauchen. Diese umgeben die schmerzende, durch die Handlungsunterbrechung entstehende ‚**Lücke**‘. Mead unterscheidet Images von Sinnesempfindungen oder deren sinnlichem Inhalt. Der sinnliche Inhalt ist mehr oder weniger eindeutig als eine bestimmte Empfindung, d.h. als eine auditorische, visuelle oder kinästhetische bestimmt. Er macht den Kern eines Images aus. Das Image spielt in der Phase der Wahrnehmung eine wichtige Rolle, denn es enthält (aus der Perspektive des Handelns) die Bedingung für die Lösung des Problems, für die Überwindung der verspürten Lücke, und es markiert zugleich die Grenze für die Lösungsbemühungen⁹⁷.

Mit Bezug auf die Handlungsphasen können beim Kind Vorstellungen von Anderen, von Dingen und von sich selbst jedoch erst in dem Moment entstehen, wo das Handeln gehemmt wird und wo in der Folge die letzte Handlungsphase, der Handlungsvollzug, verzögert bzw. verhindert wird. Damit es zu einer Handlungsverzögerung kommen kann, muss das Kind zunächst einmal eine **soziale Struktur habitueller Reaktions- oder Handlungsweisen** ausbilden. Eine solche Struktur schafft für das Kind die Voraussetzung, die die Handlungsverzögerung ermöglicht. Sie bildet den **Hintergrund seines Handelns**. Daraus folgt, dass die anfänglich instinktiven, unmittelbaren Handlungsweisen des Kindes im Laufe seiner Entwicklung nach und nach immer weiter entwickelt werden müssen. In diesem Prozess bilden die ‚gefühlsmäßige‘ Ebene des Handelns und die dabei gemachten Erfahrungen den Ausgangspunkt der einsetzenden **Differenzierungsprozesse** (s. auch Kap. 3.2.1.2). Hierbei muss das Kind lernen, sich aus der zunächst bestehenden symbiotischen Einheit mit seiner Umwelt und den Anderen schrittweise zu lösen. Käme es nicht zu dieser Trennung – so Emma Engdahl (2005: 63) – würde der Mensch in einer Welt ohne Innenleben und Sinn leben. In Bezug auf die Handlungsverzögerung ist die Unterscheidung, die Mead zwischen der Erfahrung von Emotionen und der Erfahrung von Sinnes- bzw. Gefühlsempfindungen macht, von Bedeutung. Letztere laufen eine nach der anderen in einer Art affektivem Strom ab. Im Gegensatz dazu ermöglicht eine Handlungsverzögerung, in die emotionale Erfahrungen eingebettet sind, dem Kind die Entdeckung des Innenlebens der es umgebenden Dinge und des eigenen Körpers. Die in der Handlungsverzögerung verkörperten emotionalen Erfahrungen beinhalten ein körperliches Bewusstsein vom Anderen und sich selbst als Verschiedenes, aber in einer Wechselbeziehung zueinander stehendes (Engdahl 2005: 63). Bei der schrittweise erfolgenden Trennung anderer Menschen oder Objekte von sich selbst schafft die Fähigkeit des Menschen, sich mit einem Objekt zu identifizieren, die Voraussetzung für die sich allmählich ausbildende Selbstreflexivität, d.h. für die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme. Wie in Kap. 3.2.1.2 ausgeführt, stellt die **Identifikation mit etwas**, das Mittel bereit, über das der Einzelne von einem Wissen eines Inneren der Dinge zu einem Wissen vom Inneren des eigenen körperlichen Selbst gelangen kann. Dieser Vorgang kann analog zur erwähnten funktionalen Identität von Gesten als funktionale Identifikation bezeichnet werden. Die funktionale Identifikation geht der Ausbildung der Fähigkeit zur ‚**Perspektivenübernahme**‘ und zum ‚**intelligenten Mitfühlen**‘ voraus. Erwähnt sei hier, dass die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme⁹⁸ laut Wiley (2011: 171) mehrere Implikationen

Erfahrungen sowie mögliche Lernprozesse und weniger darauf, welche allgemeine Rolle den Images beim Handeln zukommt. Dieser Aspekt ist aber für das Pflegehandeln wichtig.

⁹⁷ Mead (1904: 606) erläutert die Funktionsweise von Images an unterschiedlichen Beispielen wie z.B. an ihrer Bedeutung in Bezug auf ein Konzept oder beim Erkennen einer Person. Im letzteren Fall ist der Vollzug des Prozesses des Erkennens von der sinnlichen Präsentation eines gewissen Inhalts abhängig. Die Handlung kann solange nicht erfolgen wie der sinnlich konstituierte Stimulus nicht integriert ist. Das aktuelle Gesicht einer gesuchten Person, oder die aktuelle Artikulation des gesuchten Wortes ist Voraussetzung für seine Erkennung. Im Gegensatz dazu wird im Falle des Konzepts (Begriffs) der kognitive Prozess durch schon organisierte Antworten ausgeführt, für die die sinnliche Integration eines Images nicht erforderlich ist bzw. nur dann notwendig wird, wenn das Konzept außerhalb der Erfahrung des Menschen liegt, der es interpretieren soll. In diesem Fall ist das Image ein Ersatz für das Objekt. Der sogenannte Wahrnehmungsprozess, mit Images in variierenden Graden, ist kognitives Handeln, d.h. im Wesentlichen sinnliches Erkennen oder begriffliches/gedankliches Interpretieren.

⁹⁸ Neuere Untersuchungen aus dem Bereich der Entwicklungspsychologie, die sich an Meads Vorstellungen zur Perspektivenübernahme anlehnen, sind u.a. die Arbeiten von Jack Martin et al (2008), Alex Gillespie (2005) sowie Jack Martin und Alex Gillespie (2010).

hat. Sie verweist nicht nur darauf, dass der Mensch sich seines Selbst bewusst werden kann, sondern auch darauf, dass er bestimmte und abstrakte oder allgemeine Ideen entwickeln kann, was ihm die Kommunikation mit anderen ermöglicht. Darüber hinaus ermöglicht die Entwicklung dieser Fähigkeit dem Kind sich in ein Selbst zu transformieren. Die Entwicklung der Fähigkeit zum Mitfühlen wiederum erlaubt nach Engdahl (2005) die Entwicklung von Selbstgefühlen. Mit Blick auf pflegerische Zusammenhänge können Engdahls⁹⁹ Ideen zur Entwicklung des emotionalen Selbst analog zur Perspektivenübernahme auf das eigene Selbst, auf Andere und gegenüber Dingen erweitert werden. Sie sind nicht auf die Entwicklung von Selbstgefühlen beschränkt, sondern beziehen sich auch auf das Gefühl gegenüber einem oder mehreren Anderen und gegenüber Dingen. Bei seinen Hinweisen zur Entwicklung der Haltung des Mitgefühls hat Mead nicht nur die Anderen, d.h. die Eltern und das soziale Umfeld des Kindes im Blick¹⁰⁰, sondern auch den Menschen selbst oder das Wesen der Dinge, wenn er zum Beispiel von ästhetischen Erfahrungen spricht.

Die schrittweise Entwicklung beider Fähigkeiten setzt in dem Moment ein, wo es zu einer Handlungsverzögerung kommt und das Kind sich gezwungen sieht, sein Handeln anzuhalten. Bei diesem Prozess, der für das sich entwickelnde Kind von außerordentlicher Bedeutung ist, internalisiert das Kind u.a. die Beziehungen zwischen sich und den jeweiligen Pflegepersonen, so dass diese Beziehungen auch bei einer Abwesenheit der Pflegepersonen im Kind existieren (s. Wiley 2008: 12). Bezüglich der Arbeit an den eigenen Pflegeverlaufskurven kann bei der pflegenden Person bzw. den Pflegepersonen ein ähnlicher, jedoch auf einer anderen Ebene liegender Entwicklungsprozess unterstellt werden. Dieser besteht darin, dass die jeweilige Pflegeperson in Bezug auf ihre Kompetenz zur Pflege anderer Menschen lernen muss, zwischen den eigenen Erfordernissen und denen des Kindes zu unterscheiden und sie voneinander zu trennen. Bei diesem Lernprozess kann sie ihre Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wie zum intelligenten Mitfühlen weiterentwickeln. Es darf vermutet werden, dass das Gelingen/Misslingen dieses Prozesses Folgen für die Beziehungsgestaltung wie für die weitere Arbeit an den Pflegeverlaufskurven einschließlich des Selbst der jeweils involvierten Menschen hat. In einem nächsten Schritt soll die Bedeutung von Emotion und Interesse für das Pflegehandeln skizziert werden.

8.3.2.3 EMOTION UND INTERESSE: HANDLUNGSVOLLZUG, WERTE UND WAHRNEHMUNG

Aus dem Umgang mit den es pflegenden Personen weiß das Kind deren Gesten zu deuten. In Bezug auf das von ihm angestrebte Ziel der Handlung (z.B. Abschaffen des Unwohlseins) sind zwei Begriffe von Bedeutung, zum einen der Begriff des *„Handlungsvollzugs“*, der auf die vierte Phase des Handlungsmodells und auf den Zeitpunkt verweist, wo das Ziel eingetreten bzw. realisiert ist, Und zum anderen der Begriff der *„Werte“*, der auf das noch nicht erreichte Ziel hinweist. Um das angestrebte Ziel zu erreichen, setzt sich das Kind intentional mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln der Gestenkommunikation, später mit dem Mittel der Sprache mit den es pflegenden Personen auseinander, ein Prozess, der nach Ward/Throop (1989: 472) auch als eine *Aushandlung von Werten* zwischen den beteiligten Personen verstanden werden kann. An dieser Stelle kann eine Beziehung zu Kings *Theorie der Zielerreichung* hergestellt werden, wonach das pflegerische Ziel kommunikativ zwischen Kind und Pflegeperson ausgehandelt wird¹⁰¹. Dieses geschieht anfangs auf der Ebene der Gestenkommunikation und später auf der Ebene signifikanter Symbole, d.h. auf der Ebene der Sprache. Mit Blick auf den intendierten

⁹⁹ Bei ihrer Rekonstruktion der Entwicklung von Selbstgefühlen bezieht sich Engdahl auf das Meadsche Handlungsmodell und die auf verschiedenen Entwicklungsphasen Spiel, organisiertes Spiel, Generalisierter Andere. Ihre soziale Theorie des emotionalen Selbst entspricht Meads Theorie des sozialen Selbst (Engdahl 205: 113). Hierbei nimmt sie Modifikationen vor.

¹⁰⁰ Immer wieder finden sich Hinweise, dass Mead das Thema Emotionen vernachlässigt habe. In einem Vergleich Cooley-Mead behauptet Wiley (2011: 177f), dass Mead zu wenig die emotionale Seite des Selbst berücksichtigt hat und sich zu wenig mit der Entwicklung des Selbst beim Kind beschäftigt. Dieser Eindruck erweist sich spätestens nach der Lektüre der Vorlesungsreihe *„Philosophie der Erziehung“* (PE) als falsch. Wiley versucht in diesem Aufsatz, an Mead anknüpfend, diese scheinbare Lücke zu füllen, wobei er sich auf die Entwicklung von Selbstgefühl konzentriert.

¹⁰¹ Kings Vorstellungen in diesem Zusammenhang sind sehr allgemein, wohingegen die von Mead entwickelten Gedanken konkrete Ansatzpunkte zu diesem Aushandlungsprozess geben. Für die Pflege ist interessant, wie die Zielerreichung (erfolgreich, nicht erfolgreich) sich auf die Entwicklung von Kompetenzen in den beiden Pflegeformen und auf das Selbst von zu pflegendem Kind und Pflegepersonen auswirkt.

Wert zeigt sich die **Funktion von Emotionen** beim Handeln schon beim instinktiven Ergreifen eines vom Kind angestrebten Objekts. Bei der Inbesitznahme eines Objektes wie dem Daumen, später der Flasche, der Rassel etc. sind dem Kind die Mittel, die dazu führen, zunächst noch nicht im Bewusstsein gegeben. Sie sind es jedoch als Teil des Ziels und als dessen Resultat in Form des ‚Gefühlten‘ (s. Mead 2001a: 28). Der mit Emotionen assoziierte Wertbegriff taucht an zwei Stellen des Meadschen Handlungsmodells auf, in der Phase des Impulses, d.h. am Anfang einer Handlung, wo es zur Handlungsunterbrechung kommt und am Ende der Handlung, beim Handlungsvollzug. In der Wahrnehmung erscheinen sie am vorweggenommenen Ende, d.h. in der antizipierten Phase des Handlungsvollzugs in Gestalt des noch nicht realisierten Zieles. Beides kann zu Spannungen führen. Die von Peplau beschriebenen Spannungen können demnach an verschiedenen Stellen des Handlungsprozesses zum Tragen kommen, wie in der Abbildung 8.6 dargestellt:

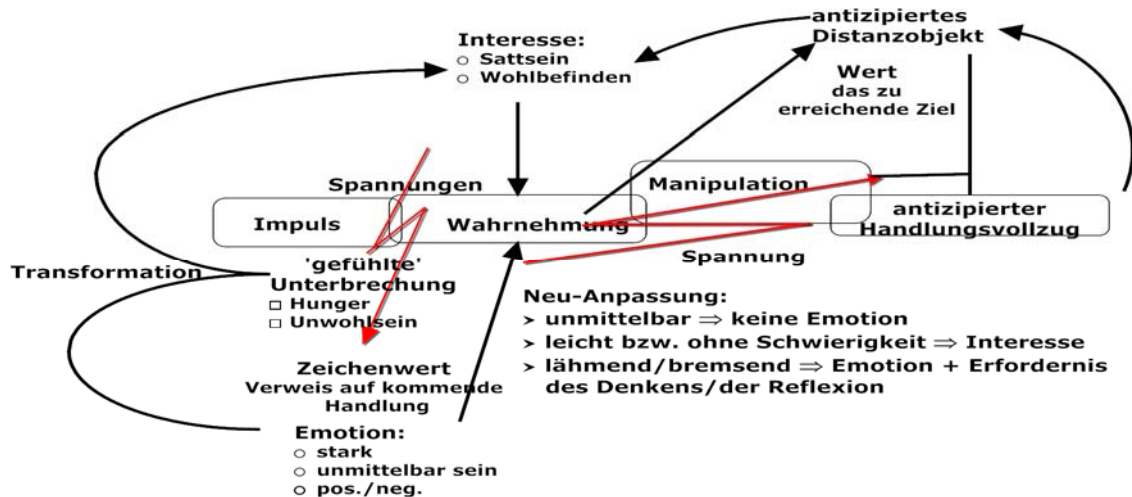


Abb. 8.6: Werte/Emotionen im Meadschen Handlungsmodell

Die ‚gefühlte‘ Handlungsunterbrechung erzeugt einen ‚Gemütszustand‘ (PE: 70), der bei einer unmittelbaren Anpassung als Emotion nicht bewusst wahrgenommen wird. Gelingt die Neuanpassung leicht und ohne Schwierigkeit, schlägt die gefühlte Handlungsunterbrechung in Interesse um, während Emotionen in dem Moment entstehen, wo diese Unterbrechung länger anhält bzw. sich auf den Handlungsfluss bremsend auswirken und dem Kind/Menschen einiges an Anstrengungen zur Überwindung dieses Zustandes abverlangen. Die Bewältigung der Handlungsunterbrechung bzw. die Anpassung an eine neue Situation kann gelingen oder misslingen und von Erfahrungen des Genießens (z.B. Freude, Stolz) wie des Leidens (z.B. Verzweiflung, Schmerz, Scham, Trauer) geprägt sein. Es liegt auf der Hand, dass die Bewältigung der ‚gefühlten‘ Handlungsunterbrechung, d.h. der Umgang mit einer neuen Situation sich sowohl auf die Gewohnheiten-Bildung auswirkt als auch auf die allgemeine Kompetenzentwicklung einschließlich der Kompetenz zur eigenen und zur Pflege Anderer, und als Folge davon das Selbstkonzept, das Körperbild etc. beeinflussen kann, da in diesen die Erfahrungen gespeichert sind. Das bei der gefühlten Handlungsunterbrechung entstehende Interesse oder die entstehenden Emotionen leiten die Handlungsorganisation in der Phase der Wahrnehmung auf das noch nicht realisierte, also anzustrebende Ziel, indem der Handlungsvollzug gedanklich antizipiert wird. Hierbei ist das Handeln auf ein **Distanzobjekt** orientiert. Dieses Objekt kann ganz konkrete Formen annehmen, aber auch sehr abstrakt bleiben. An dieser Stelle wird das Thema ‚Anerkennung‘ (s. Kap. 3.4.4) relevant. Wichtig ist ferner, dass der mit dem Ergebnis verbundene emotionale Zustand auf sozial erwünschte Werte (z.B. schöner athletischer Körper) verweist (s. Ward/Throop 1989: 472f). So sieht Mead etwa die unmittelbare Bedeutung der Emotion im **Wertgefühl**. Er schreibt:

Der Wert, den wir dem Objekt beimessen, gibt uns immerhin die Gewissheit, dass hier etwas vorhanden ist, was für uns kostbar ist“ (PE: 62).

Mead (PE: 63) erläutert den Charakter der Emotion anhand von Objekten in unterschiedlichen Situationen, etwa bei einer schützenden Tätigkeit oder bei einem Verlust. Werden seine Vorstellungen zur schützenden Tätigkeit auf pflegerisches Handeln übertragen, dann setzt das auf dem Mitgefühl basierende Pflegehandeln die Existenz

eines Objektes wie des zu pflegenden Menschen voraus. Im Gegensatz dazu bringen Emotionen, die einen Verlust begleiten, keine solche Realität mit sich. Grundsätzlich verkörpern *Emotionen als Bestandteile der Handlung* frühe Stadien in der Entstehung der Handlung – Stadien, die, wenn sie vollständig ausgeführt sind, ein *Wirklichkeitsgefühl* widerspiegeln. Hierbei wird die Emotion nicht einfach der jeweiligen Handlung übergestülpt, sondern sie ist untrennbar mit ihr verbunden (PE: 63).

Bevor dieser Aspekt vertieft wird, soll auf das *Bindeglied* zwischen *emotionalen Erfahrungen, Werten* und *der Phase des Vollzugs* eingegangen werden. Dieses Bindeglied ist die Aufmerksamkeit, genauer die selektive Aufmerksamkeit (s. Kap. 3.3.2). Sie leitet zur zweiten Phase des Meadschen Handlungsmodells über, der Wahrnehmung, und zeichnet diese aus (s. Ward/Throop 1989: 472). Sowohl Roy als auch King räumen dem Konzept der Wahrnehmung eine prominente Stellung ein (s. Kap. 6 und 7). Adaptives Handeln beginnt für Roy mit der Wahrnehmung von Stimuli. Die von ihr unterschiedenen drei Stimuli, die fokalen, kontextualen und residualen Stimuli bilden zusammen die Umwelt, die alle Bedingungen, Umstände und Einflüsse beinhaltet, die den Menschen als adaptives System umgeben und die auf seine Entwicklung und auf sein Handeln einwirken (s. Kap. 6). Der fokale Stimulus kann nach dem pragmatisch-interaktionistischen Handlungsverständnis sowohl als Handlungsimpuls im Sinne einer verkürzten Handlung als auch als Objekt gedeutet werden, auf welches das Pflegehandeln gerichtet ist. Roy ordnet die auf das Selbstkonzept einwirkenden Inputs aus der äußeren und der internen Umwelt zwei Kategorien zu. In die erste Kategorie fallen Sensationen und Kognitionen, die mittels des Regulators und Cognators verarbeitet werden. Sie sind Inputs für das Selbstkonzept als System. Bei der zweiten Kategorie von Inputs handelt es sich um soziale Erfahrungen, die vor allem die äußere Umwelt des Menschen betreffen und auf die Adaptationsmodi der Rollenfunktion und der Interdependenz verweisen. Sie fließen über die Prozesse der Wahrnehmung und des sozialen Lernens in das Selbstkonzept ein. Hierbei kommt den Bezugspersonen der zu pflegenden Person im Rahmen der Sozialisation und während des gesamten Lebens eine zentrale Rolle zu, da ihr Verhalten und Handeln die Erfahrungen und die Wahrnehmung des Menschen von sich selbst formen. In diesem Kontext wird der Prozess der Rollenübernahme als eine spezifisch menschliche Fähigkeit bedeutsam (s. Kap. 6.2.2). Wie der Mensch zu dieser Fähigkeit kommt, bleibt allerdings offen. Laut Roy (2009: 33) wirkt sich das Adaptationsniveau eines Menschen auf dessen Fähigkeit aus, mit einer Situation positiv umzugehen. Es bildet insofern die Fähigkeit des Menschen ab, sich in einer sich ändernden Umwelt zu behaupten und in der Lage zu sein, die gegebenen internen und äußeren Anforderungen zu bewältigen. Hierbei stellen die drei Adaptationsniveaus¹⁰² nach Roy unterschiedliche Bedingungen von Lebensprozessen dar, d.h. Bedingungen integrierender, kompensierender und gefährdender Lebensprozesse. Alle Adaptationsniveaus beinhalten Situationen, in denen es nach dem pragmatisch-interaktionistischen Handlungsverständnis prinzipiell zu einem Zusammenbruch des Handelns kommen kann. Der erwähnten Gewohnheiten-Bildung kommt dabei eine Filterfunktion zu. Diese stellt eine Gegenkraft dar, die neue Qualitäten hinzufügt und das, was aufgenommen wird, neu arrangiert. So gesehen sind Gewohnheiten erworbene Dispositionen, in bestimmten Situationen in bestimmten Formen zu reagieren bzw. sich zu verhalten (s. auch Kap. 3.4.3). In diesen Situationen werden von Regulator und Cognator Copingprozesse in Gang gesetzt, um adaptive Reaktionen oder adaptives Handeln hervorzubringen. Im Mittelpunkt stehen vor allem die kognitiv-emotionale Verarbeitung und Prozessierung von

- Wahrnehmungen und Informationen, die für den Prozess der selektiven Wahrnehmung, Kodierung und Speicherung, also für Gedächtnisleistungen (Memory) stehen
- Lernprozessen wie Imitation, Verstärkung und Einsicht
- Formen der Urteilsbildung, also von Prozessen der Problemlösung und Entscheidungsfindung
- Gefühlen wie z.B. Abwehr, Zuneigung, Bindung (s. Kap. 6.1: 248).

¹⁰² Beim integrierten Niveau entsprechen die Strukturen und Funktionsweisen der verschiedenen Lebensprozesse als Ganzes den menschlichen Erfordernissen. Beim kompensierenden Niveau werden Bewältigungsmechanismen ausgelöst, weil die bisher ‚integrierten Lebensprozesse‘ mit einer Änderung konfrontiert sind. Das dritte Niveau tritt ein, wenn die zuvor genannten integrativen und kompensatorischen Prozesse nicht mehr ausreichen (s. Kap. 6.1: 245f)

Wie in Kap. 6 gezeigt, verknüpft Roy ähnlich wie die Pragmatisten das physiologische, affektive und körperbezogene Verhalten des Menschen mit dessen sozialem Handeln. Dabei widmet sie der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, die für die vorgenannten Punkte essentiell ist, wenig Aufmerksamkeit. In ihrer Argumentation konzentriert sie sich, bezogen auf das Meadsche Handlungsmodell, primär auf die Phase der Wahrnehmung und der Manipulation. In eine ähnliche Richtung argumentiert King. Auch sie lenkt die Aufmerksamkeit auf Prozesse der Informationsaufnahme und der aktiven Verarbeitung¹⁰³ durch den Menschen. Die Ergebnisse gehören dann als Erfahrungen zur persönlichen Welt des Menschen. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Konzepte wie das Selbst, das Körperbild, Zeit und Raum wichtig. King begreift Menschen als zeitgebundene Wesen, insofern diese von früheren Erfahrungen geprägt sind. Diese Erfahrungen wirken sich aufgrund der Erinnerungsfähigkeit des Menschen beim Handeln aus, wenn die zurückliegenden erinnerten Erfahrungen in die gegenwärtigen Entscheidungen einbezogen werden. Die Verknüpfung vergangener mit gegenwärtigen Erfahrungen ermöglicht, das Erreichen zukünftiger Ziele zu planen. Mit Blick auf die Pflege lenkt King die Aufmerksamkeit auf die Aktivitäten des Lebens und die damit verbundenen pflegerischen Handlungsweisen. Letztere verweisen auf die Sicht des zu pflegenden Menschen von sich selbst, auf seinen Körper, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie auf seine verschiedenen sozialen Rollen (s. Kap. 7).

Im Meadschen Handlungsmodell (MSS: 25; GIG: 63f) ermöglicht die selektive Aufmerksamkeit dem Menschen, seinen *Handlungsbereich* zu organisieren und dabei auszuwählen, auf was bzw. gegenüber wem er handlungsbereit ist. Im Unterschied zu Roy und King deutet Mead Wahrnehmung als Handeln und als Bestandteil des Handlungsprozesses, indem er alle Handlungsformen berücksichtigt, von den unmittelbaren bis zum reflexiven Handeln. Die Handlungsunterbrechung bedingt eine Neuanpassung oder in den Worten Roys eine Adaptation. In diesem Zusammenhang interessiert Mead (PE: 101), wie sich der neu einzuschlagende Handlungsverlauf entfaltet. Von Interesse sind hier die drei, von ihm in der Philosophie der Erziehung ausgearbeiteten entwicklungsgehistorisch aufeinander folgenden Stadien, das *emotionale*, das *ästhetische* und das *intellektuelle* Stadium. Beim erwachsenen Menschen, werden diese drei Stadien in einer problematischen Situation in chronologischer Reihenfolge durchlaufen. Sie korrespondieren mit entsprechenden Erfahrungs- und Bewusstseinsformen. Ihnen kommt in der Phase der *Wahrnehmung* und *Manipulation* eine unterschiedliche Funktion zu. Diese beiden Handlungsphasen sind für Mead von herausragender Bedeutung für die Objektbildung, für die Handhabung und Rekonstruktion von Objekten und somit für die bewusste Gestaltung einer Handlung. Die bewusste Gestaltung von Handlungssituationen ist an die Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme gebunden. Diese Fähigkeit entwickelt sich schrittweise innerhalb dieser beiden Handlungsphasen, wie auch die hier interessierende Fähigkeit des Mitfühlens in Richtung eines intelligenten Mitfühlens durch diese Phasen geformt wird. Die Spannung, die durch die Unterbrechung oder Störung des Handlungsflusses erzeugt wird und die in den kindlichen Äußerungen ihren emotionalen Ausdruck erfährt, schafft vermittels der *selektiven Aufmerksamkeit* den erforderlichen Raum, um das Objekt des Handelns (wie z.B. Unwohlsein) zu bilden bzw. zu konstruieren, auf das der Andere sein Handeln ausrichtet. Darüber hinaus *lenkt dieses Objekt* die Aufmerksamkeit der beteiligten Personen *in die Bereitschaft um*, auf eine ganz bestimmte Art und Weise zu handeln. Die ‚gefühlte‘ Handlungsunterbrechung¹⁰⁴ kann *in Interesse oder in Emotion transformiert* werden. Diese können wiederum Abwehr- oder Sicherheitsmechanismen aktivieren, oder das Handeln kann in Desinteresse umschlagen. Hierauf machen Peplau wie Roy aufmerksam. Aus der Perspektive der pflegenden Person befindet sich ihr Handeln infolge der Handlungsunterbrechung noch in der Schwebe. Dies ermöglicht ihr, mittels ihrer selektiven Aufmerksamkeit die vermittle des kindlichen Schreis ausgesendeten Informationen zu interpretieren, etwa festzustellen, ob der Schrei

¹⁰³ Hierbei kommt den menschlichen Sinnesorganen eine wichtige Funktion zu, da menschliche Erfahrungen mittels der Sinnesorgane aufgenommen und durch eine selektive Verarbeitung von Informationen geordnet und klassifiziert werden.

¹⁰⁴ Engdahls (2005: 125) Interpretation der ‚gefühlten Handlungsunterbrechung‘ ist an dieser Stelle inspirierend. Sie schreibt, dass „emotionale Erfahrungen Selbstgefühle im spezifischen Sinn einer *körperlichen Evaluation unserer eigenen Existenz* innerhalb der Handlung [sind]. Dieses Selbstgefühl kann weder als biologisch oder reflexiv Gegebenes vorausgesetzt werden, sondern ist etwas, was unsere Körper auf der Basis unsere funktionalen Identifikation mit Anderen werden.

mehr auf Hunger, auf Unwohlsein oder auf ein Erschrecken hinweist. Von den möglichen mit dem Schrei vermittelten Informationen und den darin enthaltenen Handlungsmöglichkeiten muss sie dann eine auswählen und in entsprechendes Handeln umsetzen. Sie bestimmt die Situation und das Handlungsproblem. Das erlaubt ihr, eine **Handlungslinie** auszuwählen. Diese Handlungslinie enthält zugleich das **Handlungsziel** (s. Ward/Throop 1989: 472f; MSS: 25, GIG: 63f). Wie erwähnt, ist das vom Kind verfolgte **Handlungsziel** aufs engste mit einem **Wert bzw. einem wertgeschätzten Objekt** verbunden. Dieser ist beim Neugeborenen/Kleinkind zunächst an emotionale Zustände geknüpft. Mead weist wiederholt auf die Funktion der selektiven Aufmerksamkeit bei der Strukturierung des menschlichen Handelns und in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der sozialen Organisation des Handelns hin. Welche emotionalen Erfahrungen bzw. welche Erfahrungen überhaupt gemacht werden, in welcher Bandbreite und in welchem Umfang, hängt von sozialen Faktoren ab, die die Handlungen beeinflussen (Ward/Throop 1989: 473ff). Der **sozialen Organisation** des Pflegehandelns kommt nicht nur eine wichtige Rolle für die mögliche Vielfalt der dabei zu machenden Erfahrungen zu, sondern auch für die Herausbildung von Objekten und des dafür erforderlichen Vokabulars, mit denen und mit dem die Objekte und Erfahrungen des pflegerischen Handelns bezeichnet werden können und das problematisch gewordene, auf sich selbst und/oder auf Andere bezogene Pflegehandeln an die veränderte Situation angepasst und neu strukturiert werden kann. Es liegt auf der Hand, dass die Beschränkung der Pflegebeziehung bei der Initiierung der Pflegeverlaufskurven auf nur eine Pflegeperson, also primär auf die zwischen Mutter und Kind dazu führen kann, dass das Kind nicht nur eine beschränkte Anzahl von Erfahrungen macht, sondern auch zu einer begrenzten Bandbreite der mit diesen Erfahrungen verbundenen gefühlsmäßigen Eigenschaften gelangt. Findet hingegen die Pflege eines Kindes nicht nur in einer, sondern in mehreren interpersonellen Beziehungen (z.B. Kind-Mutter, Kind-Vater, Kind-Großmutter, Kind-Freundin der Mutter etc.) statt, hat es die Möglichkeit, die gleiche Erfahrung (die Beseitigung von Unwohlsein) in unterschiedlichen Qualitäten zu erleben - von Unwohlsein bis Wohlbefinden, von Erleichterung bis Angst -, und dabei eine Bandbreite von Reaktionsmöglichkeiten auszubilden. Im Folgenden geht es um die Bildung von Objekten und die Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme einschließlich des intelligenten Mitfühlens, was die Voraussetzung für die Herausbildung von Kompetenzen in beiden Pflegeformen ist.

8.3.2.4 OBJEKTE BILDEN UND DIE FÄHIGKEIT ZUR PERSPEKTIVENÜBERNAHME UND ZUM INTELLIGENTEN MITFÜHLEN AUSBILDEN: DIE PHASE DER WAHRNEHMUNG UND MANIPULATION

Es ist mehrfach erwähnt worden, dass das Kind im Zuge seiner Sozialisation an eine Vielzahl unterschiedlichster pflegerischer Situationen herangeführt wird. Dabei setzt sich das Kind über seinen Körper in Beziehung zu seiner Umwelt und zu anderen Menschen (s. Kap. 3.2.1.2) und entwickelt durch seine Erfahrungen und sein Sich-in-Beziehung-Setzen mit den Dingen und Menschen allmählich ein Gefühl für den eigenen Körper. In der Beziehung Kind-pflegende Person und Kind-umgebende Umwelt kommt es im Zusammenhang mit der Pflege seines Körpers, dem Eingehen auf seine physiologischen/psychischen Erfordernisse wie Hunger, Schutz vor Kälte, Gefühl nach Sicherheit/Geborgenheit und dem Erlernen sozialer Handlungsrollen zur Herausbildung unterschiedlichster Objekte. Hierbei entsteht für das Kind über die anpassende Reaktion der Eltern/Pflegeperson auf seine Äußerungen ein Bewusstsein von Sinn bzw. von Bedeutungen¹⁰⁵, die ihrerseits eine Interpretation seiner Äußerungen sind (s. GIG: 118f; MSS: 78). In diesem Sozialisations- und Entwicklungsprozess kommt den Handlungsphasen **Wahrnehmung** und **Manipulation** für die Herausbildung eines Selbst, eines Körperbildes etc. und für die Entwicklung der hier interessierenden Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme sowie zum intelligenten Mitfühlen entscheidende Bedeutung zu. Bezugspunkt für die Herausbildung dieser wichtigen Objekte sind der menschliche Körper und die Anderen. Bei der Identifikation mit diesen Objekten spielen körperliche Merk-

¹⁰⁵ Sinn entsteht wie folgt: „Die Geste eines Organismus, die Resultante der gesellschaftlichen Handlung, in der die Geste eine frühe Phase darstellt, und die Reaktion eines anderen Organismus auf sie, das sind die relevanten Faktoren in einer dreifachen oder dreiseitigen Beziehung zwischen Geste und erstem Organismus, Geste und zweiten Organismus sowie Geste und anschließenden Phasen der jeweiligen gesellschaftlichen Handlung; diese dreiseitige Beziehung ist die Grundsubstanz von Sinn oder zumindest die Substanz aus der sich Sinn entwickelt.“ (GIG: 115f).

male wie Geschlecht, Alter, Hautfarbe und Ethnie ebenso eine Rolle wie körperliche Mängel. Als Quelle für ‚**soziale Identitäten**‘ kann der Körper diese Identitäten enthüllen, aber auch verbergen. Darüber hat der Körper die Funktion eines Gestells und ist zugleich das Instrument unseres Handelns. Diese für die Pflege wichtigen Objekte, die in Bezug auf den Körper materiell greifbar und in Bezug auf das Selbst immateriell sind, werden durch das auf sich selbst und auf Andere bezogene Pflegehandeln ebenso wie andere Objekte vor dem Hintergrund der Gewohnheiten-Bildung und der dabei ihnen gegenüber entwickelten Haltungen/Perspektiven aktiv von den in Pflegebeziehungen involvierten Menschen geformt, gestaltet und verändert (s. Kap. 3.2.1.2).

Auch wenn der Körper in den Ansätzen von Peplau¹⁰⁶, King und Roy eine wichtige Rolle spielt, finden sich bei ihnen eher allgemeine statt spezifische Hinweise auf die Frage, wie der menschliche Körper und das Selbst für das Kind zu Objekten werden, auf die es sein pflegerisches Handeln richtet, um nach und nach die von den Eltern/Bezugspersonen stellvertretend ausgeführten Pflegehandlungen in sein eigenes Handlungsrepertoire zu übernehmen. Am ausführlichsten werden Körper und Selbst bei Roy aus der Perspektive des adaptiven Handelns behandelt. Sie differenziert zwischen dem *physischen Selbst* und dem *personalen Selbst*. Bei ersterem unterscheidet sie zwischen Körpersensation und Körperbild (s. Kap. 6.3.2). In diesem Kontext wird u.a. auch die Entwicklung einer Geschlechteridentität diskutiert. Ihre Vorstellungen stellen eine gewisse Brücke zu den Ideen von Mead dar, der seine Ideen im Zusammenhang mit der *Bildung/Konstruktion von Objekten, ihrer Analyse und Rekonstruktion* innerhalb der vier Phasen des Handelns entwickelt. Dies erlaubt ihm, die Bildung von Objekten beim Handeln mit den im vorigen Abschnitt erwähnten entwicklungsgeschichtlichen Stadien und mit dem sich entwickelnden Verständnis von Raum und Zeit zu verknüpfen. Ausgangspunkt seiner Überlegung und Schlüssel für diese Zusammenhänge ist die ‚*gefühlte*‘ *Handlungsunterbrechung*. In Kapitel 3.2.1.2 (81ff) ist der von Mead behauptete bedeutsame Unterschied zwischen Körper und Selbst aufgezeigt worden sowie die Rolle, die dem physischen Ding für die Ausbildung eines Körperbilds zukommt. An der Beziehung des Menschen zu den Dingen und zu seinem Körper illustriert Mead, wie das Kind zunächst primär über emotionale Erfahrungen das Äußere in sein Inneres transformiert. Über physische Objekte wird das Kind stimuliert, sich dem eigenen Körper gegenüber so zu verhalten wie sonst in Bezug auf physische Objekte¹⁰⁷. Wie in Kap. 3.2.1.2 und 3.3.1 dargestellt, sind die physischen Gegenstände bzw. Objekte, die das Kind in seiner unmittelbaren Umgebung vorfindet, für Mead das Modell, nach dem das Kind seine verschiedenen Körperteile mit ihren organischen Empfindungen und affektiven Erfahrungen zu einem Ganzen synthetisieren kann. Hierbei erlebt das Kind/der Mensch sein gesamtes Selbst und seinen Körper nicht unmittelbar, sondern mittelbar über die *Haltungen der Anderen*. Der Mensch erfährt die besondere Beschaffenheit seines Körpers, seines Aussehens, seiner Leistungsgrenzen, seines Selbst und seiner eigenen Fähigkeiten/Kompetenzen über die Erfahrungen mit anderen Menschen, die seinen Körper, seine Fähigkeiten, sein Selbst beurteilen und darüber ihr Verhältnis zu ihm begründen. Das Kind/der Mensch lernt, seinen Körper sozusagen aus der Sicht der Anderen wie ein Objekt von außen zu betrachten und entsprechend zu handeln. Hierbei unterscheidet sich die Fähigkeit des Menschen, Teile seines Körpers zu erfahren, nicht von seiner Fähigkeit, andere Gegenstände zu erfahren. Das Kind/der Mensch kann seine körperlichen Grenzen (Oberflächen) nur über gegenständliche Objekte, d.h. von außen nach innen erfahren. Erst darüber ist es möglich, seinen eigenen Körper als ‚begrenztes Objekt‘ wahrzunehmen. Anhand dieser Dinge/Objekte lernt das Kind, dass es mit diesen kooperieren muss, indem es seine Bewegungen an diese anpasst (das Fläschchen, den Löffel, die Tasse, den Ball etc.). Hierzu muss es die *Perspektive des Dings/Objekts* übernehmen, d.h. wie das Objekt in Bezug auf es reagiert. Über diesen Anpassungsprozess lernt es die Grenzen

¹⁰⁶ In Kap. 5 ist auf den von Peplau beschriebenen Prozess der Entwicklung des Selbst eingegangen worden. Ihre Vorstellungen hierzu finden sich nicht in ihrem Buch *Interpersonale Beziehungen der Pflege*. Es handelt sich um eine Quelle, die wahrscheinlich nur Insidern (Studentinnen von Peplau) bekannt ist und auf die ich durch den persönlichen Kontakt mit Hildegard Peplau gestoßen bin. Das Selbst als Objekt kann nicht gleichgesetzt werden mit dem Selbstsystem, dessen Funktionsweise Peplau interessierte.

¹⁰⁷ Martin et al. (2008: 299) machen darauf aufmerksam, dass Mead verschiedene Formen der Perspektivenübernahme und Koordination unterscheidet, wie eine taktile und auditorische, ohne dabei den Gesamtprozess aus dem Auge zu verlieren.

seiner eigenen Leistungsfähigkeit und Kraft ebenso kennen wie die Grenzen der Wirkungsweise und Kraft der es umgebenden Gegenstände¹⁰⁸. Über seine Leistungsfähigkeit begreift das Kind, was es mit diesen Dingen tun und wie es sie handhaben kann, während deren Wirkungsweise ihm deutlich macht, was sie ihm antun können (bspw. wenn Seife ins Auge kommt). Wenn wir uns der Existenz eines Objektes bewusst sind, hat dessen Wirklichkeit nach Mead (PA: 108f) einen **doppelten Referenzrahmen**. Das Objekt verweist zum einen auf die **Vollendung einer Handlung**, die von der Wahrnehmung eingeleitet wird und die somit vor der zu machenden Erfahrung liegt. Weiter beinhaltet es ein Element, das von der trügerischen Gegenwart ausgeht und aufgrund seiner Trennung noch nicht zu dieser gehört, und das in der Antwort auf den vom Objekt erzeugten Druck bzw. Widerstand besteht, wenn es in den Bereich der Manipulation kommt. Zum anderen wird die Realität des Objekts über den vom Objekt **ausgehenden Druck**, den Widerstand, konstituiert, der die **Kontaktreaktion** und **Kontakterfahrung** einleitet. Nach Mead geht der Druck des Distanzobjekts aufgrund des kooperativen Charakters unserer physischen Aktivitäten in unsere Erfahrung ein, sowohl was die Erhaltung unserer physischen Position in der Bewegung wie im Ruhezustand und bei der Manipulation der Objekte betrifft, mit denen wir umgehen. Für die Erfahrung und Erfassung physischer Objekte ist deren Verhalten in Bezug auf den menschlichen Körper wichtig. Die Internalisierung der Wirkungsweise dieser Gegenstände mittels der Perspektivenübernahme gegenüber diesen Gegenständen ermöglicht dem Kind in einer problematischen Situation, diese verschiedenen Perspektiven bei der Auswahl angemessener Handlungsweisen zu berücksichtigen. Es kann sich auf diese Weise auf den Umgang mit ihnen vorbereiten. Die **Leistungsfähigkeit** bzw. **Wirkungsweise von Objekten** liegt in der **Zukunft**, die in der trügerischen Gegenwart durch ihre antizipatorische gedankliche Hereinnahme schon vorhanden ist. Die hypothetische soziale Einstellung gegenüber einem Objekt in Form einer Vorahnung oder Vorstellung dessen, was passieren wird, ist psychisch, bis sie funktioniert. Erweist sie sich als funktionsfähig, dann gehört sie zur Perspektive des Einzelnen und zu den Perspektiven der sozialen Welten/Arenen (PA: 110), an denen es partizipiert. Ist dies nicht der Fall und bedarf es zur Überwindung des unterbrochenen Handlungsflusses einer größeren Anstrengung, dann markiert diese Situation den Punkt, an dem das Selbstbewusstsein über die Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme entsteht und wo sich intelligentes Mitfühlen entwickeln kann. Zur Beschreibung des gleichzeitigen Zusammenspiels von körperlichen und mentalen Prozessen differenziert Engdahl (2005: 66f) zwischen antizipatorischer und konkreter Perspektivenübernahme. Hiernach ermöglicht die antizipatorische Perspektivenübernahme dem Menschen im Sinne einer gedanklichen Vorwegnahme der Handlung einschließlich ihrer Vollendung, sich an Dinge und Andere anzupassen, bevor es zu einer aktuellen Kontakterfahrung kommt. Der parallel ablaufende Prozess der konkreten Perspektivenübernahme besteht primär in der Entdeckung des Innenlebens oder des Handlungscentrums, während der primäre Prozess der abstrakten Perspektivenübernahme in der Sinnstiftung besteht. In diesem Zusammenhang wird die Funktion, die dem emotionalen, ästhetischen und intellektuellen Stadium¹⁰⁹ für die Objektbildung und für ein Bewusstsein von Bedeutungen zukommt, relevant. So erfassen wir in der antizipatorischen Perspektivenübernahme den Sinn einer Handlung oder wir berücksichtigen signifikante Symbole, die uns unsere bevorstehenden Handlungen zu betrachten bzw. zu untersuchen und in der Folge zu planen erlauben. Roy hebt hervor, dass der Erwerb dieser Fähigkeit den Menschen in die Lage versetzt, sich aus der Perspektive anderer bzw. in größeren Zusammenhängen wahrzunehmen, z.B. in sozialen Gruppen. Erfahrungen im Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht, einer Rasse, Ethnie oder sozialen Schicht stellen für sie wichtige Inputs für die Bildung und Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts¹¹⁰ dar. Damit sich diese von unseren emotionalen Erfahrungen mit den Dingen und mit den Beziehun-

¹⁰⁸ Mead (PA: 109) beschreibt am Beispiel des Kleinkindes, wenn es sich in Raum und Zeit zu bewegen lernt oder wenn es nach Dingen greift, die Abhängigkeit des Menschen von der kooperativen Antwort auf Gewicht und Masse und Elastizität.

¹⁰⁹ Diese Wahrnehmungsphasen entsprechen der vorbereitenden Phase, dem Spiel, dem organisierten Spiel und der partizipatorischen Phase in diversen sozialen Welten/Arenen. Engdahl (2005: 68) interpretiert die von Mead beschriebenen Phasen Spiel und organisiertes Spiel auch als eine Passage, bei der die Selbstgefühle eines Kindes nach und nach die Form der Selbstreflexion annehmen, was in Bezug auf die Fähigkeit zum intelligenten Mitfühlen ein wichtiger Lernprozess und Voraussetzung für die Realisierung der eigenen Potenziale (Selbstrealisation) ist.

¹¹⁰ Für das Ergebnis oder den Output des Systems gibt das Streben nach Angemessenheit als treibende Kraft des Selbstkonzept-Modus dem Verhalten und Handeln des Menschen eine Richtung, den Antrieb und die entsprechende Organisation. So

gen zu den uns umgebenden Menschen abhängige Fähigkeit der Perspektivenübernahme ausbilden kann, bedarf es vieler Erfahrungen in der Form der schon erwähnten Gewohnheiten-Bildung¹¹¹. Hierbei werden vom Kind jene Haltungen der Anderen gegenüber seinem Körper ebenso wie ihre Haltungen zu seinem Selbst verinnerlicht, die in die Körperbilder des Kindes und in sein Selbstkonzept in Form von diversen ‚Me‘ einfließen und der Handlungsorientierung dienen. Vermittels dieses Prozesses kann das Kind/der Mensch in diesen drei Stadien schrittweise Haltungen in Bezug auf die es umgebenden sozialen und physischen Objekte ausbilden, diese internalisieren und schließlich habitualisieren. Dabei werden die Objekte zu vertrauten Objekten. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass erfolgreiches Handeln laut Mead (PE: 57)

„tendenziell von einer Haltung des Glaubens, der Akzeptanz, d.h. von einem kognitiven Element begleitet ist. Wir können sagen, dass jede Reaktion in gewissem Sinne ein Experiment ist. [...] Das Entscheidende dabei ist, dass es eine bestimmte Haltung (tendenziell die des Vertrauens) gibt, die das Zu-Ende-Führen der Handlung involviert“.

Und weiter heißt es:

„Außerdem neigen wir dazu, an die Realität des Objekts zu glauben. [...] Die erfolgreiche Ausführung ist es, die den Glauben bewirkt. [...] So stellen wir uns selber Aufgaben, und wenn wir sie erfolgreich bewältigen, glauben wir an den Erfolg des Ganzen. [...] Was Realität stiftet, ist die Tatsache, dass es uns gelingt, eine bestimmte Sache zu tun, d.h. wir stellen uns eine Aufgabe [...]“ (PE:57,58).

Die zunächst auf der emotionalen Ebene erfolgende Gewohnheiten-Bildung schafft die Voraussetzung für die Differenzierung der menschlichen Wahrnehmungsfähigkeit und in der Folge für den Erwerb von zunehmenden Kompetenzen, sei es in Bezug auf die allgemeine Handlungsfähigkeit oder in Bezug auf Kompetenzen in den beiden Pflegeformen. Hierbei führt die Unterbrechung einer Handlung dazu, dass bestehende Gewohnheiten durchkreuzt werden, was mit der Entstehung von Bewusstsein einhergeht¹¹².

Wie angedeutet, verweisen die drei Stadien des Handlungsverlaufs auf Bewusstseins- und damit korrespondierende Wahrnehmungsformen. Das emotionale Stadium geht mit der unmittelbaren Wahrnehmung einher. Das Kind/der Mensch erkennt aufgrund der selektiven Wahrnehmung nur jene Merkmale im Sinninhalt eines Objekts, bzw. nur soviel, wie nötig ist, um angemessen reagieren bzw. weiter handeln zu können (s. PE: 72f). Dies trifft auf alle Objekte zu, auf Menschen ebenso wie auf die uns umgebenden physischen Objekte. Diese gegenüber dem Objekt eingenommene Haltung/Perspektive ist **handlungsbezogen**. Von dieser unterscheidet sich eine andere Wahrnehmungsform, in der die eingenommene Haltung/Perspektive **analytisch** ist. In diesem Fall besteht die Wahrnehmung in einem umfassenderen Sinninhalt, d.h. in einem Objekt dessen Sinninhalt zergliedert und analysiert werden kann bzw. bei der das Objekt in eine Reihe von Charakteristika aufgegliedert wird. Zur Erläuterung des Unterschieds zwischen diesen beiden Wahrnehmungsformen wählt Mead einen Bleistift. Dieser kann z.B.

„nur so viel an Reiz, nur so viel an Sinninhalt aufweisen, dass er die Reaktion des Ihn-zur-Hand-Nehmens etc. auslöst. In diesem Falle ist das Bewusstsein der Bedeutung aufgrund der natürlichen Ökonomie auf eine bloße handlungsbezogene Vorstellung (working image) reduziert, wobei nur soviel Sinninhalt vorhanden ist, wie es braucht, um die Reaktion auszulösen (PE: 71).

gesehen kann das gesamte Verhaltens- und Handlungsrepertoire des Menschen auch als Output oder Ergebnis des Selbstkonzept-Modus verstanden werden. Nach Roy (1981: 252) hängt die Präsentation des Selbst vom Input des Selbstkonzepts ab.

¹¹¹ Mit Blick auf das Entwicklung des ‚Selbstgefühls‘ spricht Engdahl (2005: 126) von ‚the style of our flesh‘ (Körperstil), den wir über die funktionalen Identität mit der Außenwelt und Anderen erwerben. Dieser Stil bildet laut Engdahl die Basis der emotionalen Erfahrungen. Für sie konstituieren sich Selbstgefühle über körperliche Haltungen, die in den Beziehungen zu Anderen und zu Dingen im Rahmen der Gewohnheiten-Bildung angeeignet werden und die uns beim Zusammenbruch einer Handlung erst bewusst werden. Hier ist zugleich auch der Punkt, wo das Sprechen über Emotionen oder das sogenannte Emotionsmanagement mit Hilfe signifikanter Anderer seinen Ausgangspunkt hat.

¹¹² Die Notwendigkeit, dass der Mensch sich ständig an eine sich verändernde Umgebung anpassen muss, fördert die Neigung des Menschen zum reflexiven Denken. Er wird aufgrund der großen Mannigfaltigkeit von Objekten dazu gezwungen, sich zu entscheiden, auf welche Objekte er reagieren und wie er Gewohnheiten ändern will (s. PE: 70).

Die analytische Haltung entsteht, wenn die Frage gestellt wird, wem der Bleistift gehört. In diesem Fall wird mehr Sinninhalt als im ersten berücksichtigt:

„(...) wir analysieren den Reiz genauer und konstruieren ihn genügend, um die erwünschte Reaktion auszulösen – gehört der Bleistift jemand anders, übergeben wir ihn dieser Person, gehört er uns selbst, stecken wir ihn ein“. Diese Haltung bezeichnen wir als „analytisch“ (PE: 71)‘

In pflegerischen Situationen würde die analytische Haltung je nach Objekt, z.B. der Erhaltung einer bestimmten körperlichen Funktion, einer Fähigkeit in Zusammenhang mit einer sozialen Rolle oder nach dem Erscheinungsbild des Körpers, entsprechende Fragen auslösen, um zu einem Verständnis der Situation zu gelangen, so dass der Handlungsfluss wieder hergestellt werden kann. Zwischen diesen beiden Wahrnehmungsformen lokalisiert Mead eine dritte Form, die ästhetische Form. Diese entspricht der ästhetischen Phase des Bewusstseins¹¹³. Das ästhetische Objekt, das in der Vorstellung ein Sinn Ganzes repräsentiert, ist immer eine Phase der Wahrnehmung, die nach Mead jederzeit durch Null ersetzt werden kann. Diese Phase ist

„ein Teil jedes Bewusstseins, und es ist immer möglich, uns das Ganze zu präsentieren, von dem eine bestimmte Wahrnehmung nur einen Teil darstellt. [...] Dies entspricht dem, was wir Intuition nennen können, wobei das **Objekt als Ganzes wahrgenommen** und als Ganzes festgehalten wird, **nicht aber als Reiz für eine Reaktion**“ (PE: 73; Hervorhebung MMK).

In allen drei Wahrnehmungsformen kommt die selektive Aufmerksamkeit zum Tragen. Sie ist laut Mead (PE: 73) am stärksten im Bereich der künstlerischen Arbeit ausgeprägt. Wir konstruieren das ästhetische Objekt, indem wir es würdigen. Die Haltung des Menschen gegenüber diesem Objekt ist die der **Würdigung** oder anders ausgedrückt **die Anerkennung**, die sich von der handlungsbezogenen und der analytischen Haltung dadurch unterscheidet, dass sie uns nicht zum Handeln auffordert, sondern zum Innehalten. Für Mead

„[besteht] eine Funktion des ästhetischen Zustands also darin, das Objekt als Ganzes zu präsentieren und ihm gleichzeitig einen Wert beizumessen.“

Er charakterisiert in diesem Zusammenhang (PE: 75) die menschliche Fähigkeit, kontinuierlich auf entfernte Ergebnisse hinarbeiten, als eine wichtige menschliche Errungenschaft. Die Voraussetzung für diese Leistung ist die **Konstruktion des ästhetischen Objekts**¹¹⁴.

Der Mensch lernt im Rahmen seiner Sozialisation, sich gegenüber den ihn umgebenden Objekten seiner Umwelt zu verhalten. Hierbei dient die selektive Aufmerksamkeit im Sinne einer Handlungsbereitschaft in hohem Maße dazu, das auszuwählen, was dieser Tendenz bzw. Handlungsbereitschaft entspricht. Sie bestimmt die Auswahl von Vorstellungen, auf die wir reagieren. Handlungsbezogene Vorstellungen, d.h. *working images*, besitzen gerade nur so viel Sinninhalt wie nötig ist, um das Handeln in Gang zu setzen. Wenn unsere Aufmerksamkeit sich dem sogenannten **Arbeitsimage** als Reiz zuwendet, dann ist das Bewusstsein nicht mit einem **vollständigen Objekt** konfrontiert, sondern es kommt hier zu einer Reduktion einer Masse von Sinngehalten. Ein Hinweis genügt, um das entsprechende Handeln auszulösen (s. PE: 84). Bevor das Kind in der Lage ist, ein ästhetisches Objekt – ein Sinn Ganzes zu konstruieren, wie bspw. die eigene Schönheitsvorstellung in der Auswahl der Kleidung auszudrücken, muss es im Zuge der Gewohnheiten-Bildung im Rahmen von Erfahrungen **viele unterschiedliche Haltungen/Perspektiven** gegenüber den verschiedenen Merkmalen oder Einzelteilen von Objekten des pflegerischen Handelns in Bezug auf die einzelnen AL ausbilden und habitualisieren. Im Gegensatz zum handlungsbezogenen Image bzw. Arbeitsimage, geht es beim **ästhetischen Image** um die Konstruktion von Sinngehalten, d.h. um ein Vergrößern, Ausfüllen, Ergänzen und Vervollständigen des **ästhetischen Objekts**. Würdigt das Kind dieses Objekt bzw. erkennt es dieses an, dann erhält das Objekt für das Kind eine Bedeutung und erregt sein Inte-

¹¹³ Bei ihr ist der Sinninhalt so beschaffen, dass ihm eine bestimmte – in der Regel angenehme – Gemüthaltung entspricht, aus der heraus unsere Wertschätzung schöner Dinge, unsere ästhetische Einstellung gegenüber Kunstwerken, entsteht“ (PE: 73).

¹¹⁴ Bei allen raschen Bewegungen fällt es schwer, das Sinnobjekt zu identifizieren. Auch wenn wir Bewegung stets mit Reaktionen und mit Reizen in Verbindung bringen, so können wir doch nicht immer das für die Reize verantwortliche Objekt ausmachen. Das Objekt enthält indes immer mehr als das, wovon wir Gebrauch machen.

resse, was zu einer ‚echten affektiven‘ Reaktion führen kann, als dessen Folge das Objekt im Gedächtnis des Kindes haften bleibt. Beim ästhetischen Objekt handelt es sich nicht um eine Kopie, sondern um die

„Konstruktion des physischen Objekts als aus ausgewogenem Sinninhalt zusammengefügt Ganzes, [...] eine Leistung, die erst erbracht werden kann, nachdem sich Tendenzen entwickelt haben, denen jeder Bestandteil des Objekts entspricht“ (PE: 85).

Für Mead (PE: 85) beinhaltet das ästhetische Objekt einerseits einen Akt der ‚*ästhetischen Schöpfung*‘ und zum anderen stellt es eine *Bewertung* dar, eine Reaktion, die der Situation Bedeutung verleiht. Im obigen Beispiel erhält die Schönheitsvorstellung einen bestimmten Wert. Jedes Kind zeigt schon früh die Tendenz, ästhetische Objekte zu konstruieren. Diese drücken sich in seinen Bemühungen aus, Gegenstände zu zeichnen, in seinem Spiel, in der Lust am Verkleiden, Tanzen oder in der Begeisterung für Geschichten und für das Erzählen von Geschichten. Hierbei versucht es, all das wiederzugeben, was das geistige Auge sieht. Nach Mead (PE: 87) besteht eine direkte Beziehung zwischen der Konstruktion des ästhetischen Objekts in der Phantasie und der Tendenz zum künstlerischen Ausdruck. Für ihn ist die ästhetische Erfahrung eine *Erfahrung des Ausdrucks*. Die von ihm behauptete Beziehung zwischen ästhetischem Objekt und künstlerischem Ausdruck, sieht er im Ausdruckshandeln begründet. Zeichnen, Tanzen, Spielen hilft, Einzelheiten des Objekts zu Geltung zu bringen, indem wir den vorhandenen Images oder Schemata etwas hinzufügen, sie ergänzen, vervollständigen oder Aspekte verstärken. Es handelt sich um einen konstruktiven Prozess.

Zur Verdeutlichung dieses für die Pflege zentralen Sachverhalts sollen die Wirkungsweisen der drei Wahrnehmungsformen im Handlungsprozess dargestellt werden, die Mead (PE: 101f) am Beispiel der Furcht folgendermaßen illustriert.

1. „Eine Person, die es in eine neue Umgebung verschlägt, schützt sich instinktiv vor dem Neuen. In jeder Situation, in der einem alles unvertraut ist, nimmt man diese emotionelle Haltung ein, z.B. gegenüber Fremden oder in einem dunklen Zimmer. [...]“
2. Nun schreitet man von einer emotionalen Haltung zum nächsten Schritt der Entwicklung voran, der in der Konstruktion eines Objekts besteht. Die Aufmerksamkeit wendet sich dem Objekt zu, um herauszufinden, um was es sich genau handelt. Diese Konstruktion des Objekts entspricht dem, was wir das ästhetische Stadium nannten.
3. Sodann folgt das Intellektuelle, das Zergliedern, das Analysieren. Diese intellektuell abwägende Analyse erfolgt nicht um ihrer selbst Willen, sondern um in Bezug auf das Objekt zu handeln [...] ¹¹⁵.

Diese Reihenfolge zeichnet das reflexive Bewusstsein aus, bei dem immer das emotionale Element vorhanden ist, welches das Objekt bewertet (z.B. als etwas schönes, gefährliches, hässliches, genussvolles, schmerzhaftes etc.). Bezogen auf die beiden Formen des Pflegehandelns geht die Konstruktion des ästhetischen Objekts, d.h. die Pflege des eigenen Körpers und Selbst als Sinnganzes, dem reflexiven Bewusstsein voraus. Wie über diese Objekte gedacht wird, welche Werte ihnen beigemessen und wie sie analysiert werden, hängt von den sozialen Beziehungen und von den sozialen Welten/Arenen ab, an denen der zu pflegende Mensch teilhat. Was für den einzelnen Menschen Pflege ist, mit welchen Begriffen, Vorstellungen und Konzepten er sie in Beziehung setzt, ist Ergebnis der Eltern-Kind Situation. Sie geht dem Denken über die Pflege und über pflegerische Objekte voraus. Das Denken über Pflege entsteht aus dem Bewusstsein der sozialen Beziehung, also dem Prozess *der Trennung*. Dies wird in der Sprache angezeigt (indiziert), wie anhand der bisherigen Darstellung deutlich gemacht werden konnte. Die Sprache entsteht wiederum aus dem emotionalen Schrei des Kindes, der eine Geste für seine Eltern ist und als solche den Anfang einer Handlung bildet, die auf den Rest der Handlung verweist, auf die die Eltern reagieren (PE: 103). Über die Sprache teilen wir Ideen mit. Das Bewusstseins von Bedeutung wird mit dem Prozess des Mitteilens einer Idee identifiziert, und die Geste in ihrem weitesten Sinn ist bedeutungsvoll, weil sie eine Idee mitteilt (PE: 104).

¹¹⁵ Pflegerisches Beispiel: Schlappeitsgefühl nach Phase intensiver Arbeit. 1. Vorstellung, sich auszuruhen oder neue Energie zu tanken durch Sport/Bewegung. 2. Wahrnehmung der Situation. 3 Überlegen, wie man handeln sollte, falls dieses möglich ist.

Für die Entwicklung von Kompetenzen in beiden Pflegeformen ist wichtig, dass das Kind in Bezug auf diese beide Formen im Rahmen der Gewohnheiten-Bildung Begriffe, Vorstellungen/Images von Pflege und entsprechende Objekte in Bezug auf die Pflege des eigenen Körpers und Selbst erwirbt sowie in Bezug auf die Pflege anderer Menschen, d.h. ihrer Körper und ‚Selbste‘. Der Prozess der Trennung zwischen dem eigenen Selbst und den Anderen setzt mit der sich entwickelnden Fähigkeit zur Perspektivenübernahme ein. Er ist an die Identifikation mit Objekten in Form von sprachlichen Gesten und Symbolen, Vorstellungen, Ideen, Dingen und abstrakten Konzepten gebunden. Im Zuge des weiteren Entwicklungsprozesses kommt es zur Herausbildung des sogenannten ästhetischen Objekts, dem Sinnganzen, auf das dann im bewussten kooperativen Handeln Bezug genommen wird und das in der analytischen Phase analysiert und rekonstruiert wird. (Auf die im Handlungsmodell unterstellten Entwicklungsschritte wurde in Kap. 3 [Pkt. 3.2.2.2 und 3.2.2.3] eingegangen.) Das Sinnganze oder ästhetische Objekt enthält eine Vielzahl von Werten verschiedener Beziehungen, z.B. den Wert einzelner bzw. aller AL für das eigene und das Wohlbefinden von Anderen oder die Werte, die der Ausübung bestimmter sozialer Funktionen beigemessen wird. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme erlaubt den Menschen, die Phase der Manipulation gedanklich durchzuspielen und so die Funktionsweise der gewählten Handlungslinie im Gedanken zu erproben, bevor ihre Tragfähigkeit in der Phase der Manipulation einem konkreten Praxistest unterzogen wird. Hier tritt der pflegende Mensch in Kontakt mit dem wahrgenommenen Distanzobjekt, d.h. mit dem zu pflegenden Menschen oder mit seinem Selbst und seinem Körper als Objekten der Pflege. In dieser Phase offenbart sich die Realität des wahrgenommenen Objekts oder ob es sich um einen Traum oder eine Illusion handelt. Der dem antizipierten ästhetischen Objekt beigemessene Wert kommt in der letzten Phase zum Ausdruck, wenn das erstrebte Objekt in Besitz genommen wird oder umgekehrt, wenn es gelungen ist, dem Objekt erfolgreich aus dem Weg zu gehen. Das intelligente Mitgefühl verweist auf den Wert des ästhetischen Objekts, der mit dem Handlungsvollzug konkret erfahren wird (s. SW: xxi-xxii). In diesem Zusammenhang müssen die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen als aufeinander bezogene Fähigkeiten verstanden werden, die in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. Beide Fähigkeiten müssen gemeinsam ausgebildet werden. Die Überbetonung der einen Fähigkeit kann zu einer Unterbewertung der anderen Fähigkeit führen. Pflegerisches Handeln in beiden Pflegeformen ist auf die Entwicklung beider Fähigkeiten angewiesen. Reflexives Pflegehandeln beinhaltet die Reflexion von Werten und Erfahrungen ebenso wie die von Handlungskompetenzen und Wissen.

Wie mehrfach betont, ist Handeln nach Mead (PA: 364) ein ‚ongoing event‘ oder auch ‚going concern‘. Hierbei bereiten frühe Phasen spätere vor, bis die Handlung vollendet ist. Dieser Gedanke spiegelt sich im Konzept der Verlaufskurve wider. Im nächsten Schritt soll dieses Konzept mit Blick auf die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und die des Selbst wieder aufgegriffen werden, da der sich entwickelnde Handlungsprozess Raum bietet für Adaptations- und Lernprozesse und für Neues, d.h. für situative Kreativität. Erstere wurden insbesondere von Peplau und Roy betont, wohingegen Roper et al. auf die Bedeutung der Re-Habilitation verweisen, die Lernprozesse impliziert. Pflegerische Erfahrungen sind sowohl für die Bildung von Objekten der Pflege als auch für die Herausbildung von Gewohnheiten in den einzelnen AL, in Bezug auf die selbstbezogene Pflege, die auf Andere bezogene Pflege und schließlich in Bezug auf das Selbst essentiell. Zur Abrundung soll die Bedeutung des ästhetischen Objekts anhand der für beide Pflegeformen zentralen Objekte - dem menschlichen Körper und seine Funktionsweisen sowie dem menschlichen Selbst einschließlich seiner diversen Aspekte wie Selbstkonzept, Körperbild, soziale Identitäten, Selbstsichten und Selbstwerte – umrissen werden.

8.3.2.5 ZUR ROLLE DES ÄSTHETISCHEN OBJEKTS, VON GEWOHNHEITEN UND ERFAHRUNGEN FÜR DIE ARBEIT AN DEN PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND AM SELBST IM LEBENSLAUF BZW. ENTLANG DER LEBENSSPANNE

Gewohnheiten-Bildung, die Entwicklung von Images und Objekten basieren auf Erfahrungen. Sie bilden ein wichtiges Gerüst für die Arbeit an den auf sich selbst und auf andere Menschen bezogenen Pflegeverlaufskurven und am Selbst. Mit Blick auf die Arbeit an diesen diversen Verlaufskurven richtet sich die Aufmerksamkeit auf

die Phase der Manipulation sowie auf die von Mead beschriebenen Handlungsformen, das unmittelbare oder gewohnheitsmäßige Handeln, das Versuch- und Irrtums-Handeln und das reflexive Handeln. Der Schwerpunkt wird dabei auf die zuerst und auf die zuletzt genannte Form des Handelns gelegt. Die Phase der Manipulation ist der Ort, wo die Realität/Wirklichkeit des Handelns im Hier-und-Jetzt, d.h. im unmittelbaren Handeln erfahren wird, während das reflexive Handeln und die Fähigkeit zur Symbolisation dem Menschen ermöglichen, aus dem unmittelbaren Hier-und-Jetzt herauszutreten und sich in einer erweiterten Umwelt zu bewegen (s. Martin/ Gillespie 2010: 256). Nach dem bisher Gesagten kann unterstellt werden, dass die Arbeit an den für die Pflege bedeutsamen drei Verlaufskurven beim unmittelbaren Handeln einfach fortgesetzt wird. Hierbei ist der Sinn des Handelns implizit (s. Bredo 2010: 324). Wenn es hingegen zu einer Handlungsunterbrechung kommt, werden dem Einzelnen bzw. den an der Pflege beteiligten Menschen zur deren Überwindung gewisse Anstrengungen abverlangt. Beim reflexiven Handeln müssen die involvierten Personen ihr Handeln kommunikativ aufeinander abstimmen und es koordinieren. Dies kann je nach der Art der Pflegebeziehung – Selbst-Andere-Beziehung, Selbst-Selbst-Beziehung und Selbst-Objekt-Beziehung –, unterschiedliche Formen annehmen. Im Fall der auf sich selbst bezogenen Pflege können die weiteren Schritte mittels Reflexion im Selbstgespräch (laut oder leise) bzw. durch Denken erarbeitet werden. Durch das Bewohnen/Erleben der oben erwähnten erweiterten Umwelt,

„in der andere Perspektiven, andere Situationen und andere Zeiten die Gegenwart durchdringen, können Menschen nach Mead ihre Handlungsfähigkeit entdecken. Nur innerhalb dieser erweiterten Umwelt werden selbstbestimmte Wahlen/Entscheidungen möglich“ (Martin/Gillespie 2010: 256).

Was nun die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst betrifft, verweist die *Verlaufskurvenprojektion* auf das Distanzobjekt (s. Punkt 8.3.1), das in gewisser Weise die Funktion des ästhetischen Objekts¹¹⁶ wahrnimmt. Bezogen auf die zentralen Objekte pflegerischen Handelns, d.h. den eigenen Körper und das eigene Selbst bzw. den Körper/die Körper des bzw. der Anderen und sein Selbst bzw. ihre Selbst, können diese beiden Objekte als *ästhetische Objekte* höchst unterschiedliche Formen annehmen. Sie unterscheiden sich von einem Kunstwerk oder einem technischen Produkt dadurch, dass es sich hier um *soziale, lebendige und höchst dynamische Objekte handelt, die auf mannigfache Art und Weise miteinander verwoben sind*. So unterscheidet sich der Körper von anderen Objekten dadurch, dass er mit einem Selbst verbunden ist, dass sich wiederum durch eine Vielzahl von sozialen Rollen und Identitäten auszeichnet. Beim Körper und beim Selbst handelt es sich um besondere Objekte. Der Körper ist einmal Mittel, um den eigenen oder andere Körper pflegen zu können. Zugleich ist er auch das Objekt der Pflege. Ausgehend von der dialogischen und prozessualen Struktur des Selbst taucht das Selbst beim pflegerischen Handeln sowohl als Subjekt, d.h. als Handelnder, wie auch als Objekt in Gestalt der diversen ‚Me‘ und der Vorstellungen vom eigenen Körper auf. Diese Merkmale von Körper und Selbst bringen es mit sich, dass die Erscheinungsformen der ästhetischen Objekte in der Pflege in vielerlei Hinsicht variieren können. Dabei können je danach, mit welchen Rollen/Identitäten das ästhetische Objekt Körper bzw. Selbst des zu pflegenden Menschen verknüpft wird, unterschiedliche Akzente in der Pflege hervorgehoben oder in den Hintergrund gerückt werden. Hieraus ergibt sich, dass die Reduzierung des pflegerischen Handelns auf einzelne Tätigkeiten in den AL den Erfordernissen des ästhetischen Objekts der Pflege nicht gerecht werden kann.

Was nun das pflegerische Handeln in Bezug auf diese miteinander verwobenen Objekte betrifft, wird in der ästhetischen Vorstellung nicht nur das Handlungsergebnis in den Blick genommen, sondern es werden auch die mit dem Ergebnis verbundenen antizipierten Werte wie Wohlbefinden, Freude, Zufriedenheit oder Stolz erfasst. Die der ästhetischen Erfahrung innewohnende Macht besteht nach Mead darin, dass der antizipierte Wert sich

¹¹⁶ Das ästhetische Objekt kann unterschiedliche Grade von Konkretheit und Abstraktheit aufweisen. Als Konzept repräsentieren die damit verbundenen Haltungen den ganzen Prozess, auf den sich die Vorstellung bezieht. Und weiter heißt es: „Das Konzept ist also das Gefühl all unserer Reaktionen gegenüber einem Objekt, eine Bereitschaft zu reagieren. Und wenn es in unser reflexives Bewusstsein übergeht, steht es als Bild für all diese Tätigkeiten. Wir können somit das Objekt schrittweise in seine Teile zergliedern und definieren. Der Prozess ist demnach die soziale Situation, in der etwas gegenüber jemandem ausgedrückt wird. Der Inhalt besteht im emotionalen Wert der Handlungen an sich“ (PE: 136).

auf die Einzelschritte des gesamten Handlungsprozesses bis zur dessen Vollendung ausdehnt. Das ästhetische Objekt repräsentiert eine innere Organisation, die mittels des Objekts zum Ausdruck gebracht wird. Als Geste bzw. Symbol weist dieses Objekt laut Mead auf zwei Bezüge oder auch Relationen hin, auf:

1. „einen [Bezug] zu dem, was es versinnbildlicht, zu dem Ding, dessen Bedeutung es vermittelt [und]
2. einen [Bezug] zum Individuum, dem diese Bedeutung mitgeteilt wird“ (PE: 134).

Zum Verständnis der Relevanz des ästhetischen Objekts für beide Formen des Pflegehandelns sollen weitere Charakteristika dieses Objekts benannt werden. Wie die Diskussion der Handlungsphasen gezeigt hat, folgen das ästhetische Bewusstsein und die ästhetische Erfahrung entwicklungsgeschichtlich dem emotionalen Bewusstsein und entsprechenden Erfahrungen. Es liegt vor dem selbstbewussten, d.h. reflexiven Bewusstsein und Handeln. Mit Blick auf eine unterbrochene Handlung ist der Gedanke von Mead wichtig, dass wir im Bewusstsein immer mit der Einheit einer Handlung beginnen, d.h. mit der Pflege des ganzen Körpers und der ganzen Person. Hingegen reagieren wir beim unmittelbaren Handeln nur auf ein Fragment dieser Handlung (etwa auf das Schreien des Kindes, das eine nasse Windel oder einen wunden Po signalisiert). Beinhaltet die Verlaufskurvenprojektion¹¹⁷ die Vorstellung eines mehr oder weniger komplexen Gesamtzusammenhangs, enthält das Verlaufskurvenschema die handlungsbezogenen Hinweise, d.h. einzelne Handlungsfragmente bzw. Schritte. In diesem Fall liegt die Einheit der Handlung nicht in unserer Wahrnehmung (die Körperpflege der kleinen Tochter mit all ihren Besonderheiten), sondern sie besteht in unserer Reaktion auf diese. In der ästhetischen Vorstellung werden alle Phasen der Handlung wie im genannten Beispiel die Körperpflege der Tochter in die Erfahrung zurückgeholt. Das ästhetische Objekt zeichnet sich dadurch aus, dass es eine Organisation der Handlung an sich ist und dass die ästhetische Vorstellung die ganze Handlung einschließt. Dies erklärt ihren emotionalen Wert¹¹⁸.

Für das Bewusstsein sieht Mead die Funktion des ästhetischen Objekts in dem, was es vermittelt. Ihm kommt beim Handeln eine vermittelnde Funktion zu. Beim Handeln teilt sich gleich zu Beginn desselben über die Geste bzw. über das Symbol dasjenige mit, was über das ästhetische Objekt ausgedrückt wird, d.h. der Wert der ganzen Handlung, die dabei ist sich zu entfalten. In Bezug auf den Handlungsprozess verknüpft Mead die unmittelbare Bewusstseinsstufe, d.h. die des gewohnheitsmäßigen Handelns, mit der reflexiven Bewusstseinsstufe, d.h. dem reflexiven Handeln. Beide Handlungs- und Bewusstseinsformen sind aufeinander bezogen, indem das gewohnheitsmäßige Handeln als ‚*Werkzeug*‘ für das reflexive Handeln verwendet wird. Sie sind als Werkzeuge im menschlichen Körper verankert und verkörpert¹¹⁹. Der Körper ist die Bedingung unseres Handelns. Er ist das Medium durch das wir

„unser Wissen, die Objekte, das Selbst, die Anderen ebenso wie unser Wissen vom eigenen Körper aufnehmen und vermitteln“ (Strauss 1993: 109).

Dies geschieht zum größten Teil unbewusst (s. auch Kap. 3.2.1.2). Das reflexive Handeln verleiht dem gewohnheitsmäßigen Handeln Bedeutung oder ist – wie Mead (PE: 135) sagt –, seine Bedeutung. An anderer Stelle beschreibt Mead die Bedeutung des ästhetischen Objekts (PE: 137) wie folgt:

„Das ästhetische Objekt bringt somit den Wert des Objekts in Begriffen der Erfahrung zur Geltung, der Erfahrung früherer Handlungen, und die Einheit besteht in der Einheit der Erfahrungen, die es symbolisiert.

¹¹⁷ Die Verlaufskurvenprojektion ist, worauf Strauss (1993: 55) ausdrücklich hinweist, nicht mit dem Ziel selbst zu verwechseln. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich das pragmatistische Verständnis von Zielen/Zwecken und Mitteln zu vergegenwärtigen. Wie im vorherigen Abschnitt deutlich wurde, hat das Distanzobjekt einmal doppelten Referenzrahmen, zum anderen geht es als Bedingung in die sich entfaltende Handlung ein, insofern es die Basis für die Auswahl der sich entwickelnden Handlungsline ist, die eine von vielen Möglichkeiten darstellt.

¹¹⁸ Aus dieser Perspektive kann die in der Pflege anhaltende Diskussion über eine wie auch immer geartete ganzheitliche Pflege aus dem idealistischen Bereich in ganz konkrete Handlungszusammenhänge überführt und der Erfahrung zugänglich gemacht werden.

¹¹⁹ Matthias Jung (2011: 35 ff) hebt in Anlehnung an Joas hervor, dass der Körper dem Handelnden im Körperbild/-schema Handlungsmöglichkeiten erschließt, die oft nur einen vagen, unbestimmt drängenden und unklaren Charakter haben, bevor sie im Vollzug der Handlung reflexiv angeeignet und artikuliert werden können. Joas fasst den Körper als den ‚Ort der vagen Zieldispositionen, die auch dann wirken, wenn wir uns keine aktuellen Ziele gesetzt haben.

Andererseits drückt es den Wert der Erfahrung im Bezug auf Andere aus. Die Ausdruckshandlung ist nicht so sehr der Ausdruck einer bereits vorhandenen Bedeutung als vielmehr ein **Bewusstwerden von Bedeutung** [Hervorhebung MMK] im Rahmen des sozialen Verkehrs. Die eigene Haltung wird durch Gesten, also die soziale Reaktion des Anderen interpretiert. Somit wird man sich des Wertes der vergangenen Erfahrung im Objekt durch dessen Ausdruck gegenüber anderen bewusst“.

Der Punkt, auf den es hier nach Mead ankommt, ist,

„dass die Bedeutung unserer eigenen Haltung gegenüber einem Anderen in Begriffen der Haltung eines Anderen gegenüber uns interpretiert wird, und dass das ästhetische Objekt die Entwicklung, Externalisierung einer Haltung oder Geste ist“ (PE: 137)

Werden an dieser Stelle wiederum die Vorstellungen der diskutierten Pflege-theoretikerinnen zu den zentralen Objekten pflegerischen Handelns befragt, weisen sie alle mehr oder weniger implizit auf den doppelten Symbolcharakter (ein Symbol von etwas und ein Symbol für jemanden) dieser Objekte hin, wenn sie von der Bedeutung des Selbstsystems, des Selbst, des Selbstkonzept-Modus und des Körperbilds für die Pflege sprechen. Für alle bilden sich die Vorstellungen vom Körper und vom eigenen Selbst beim Handeln in sozialen Beziehungen aus, und beide Objekte werden in diesen durch Andere bewertet. Weiter stimmen sie alle mehr oder weniger darin überein, dass sich im Rahmen des Sozialisationsprozesses in den AL gewisse Kompetenzen ausbilden. Zu Beginn des Lebens lernt das Kind, seinen Körper und dessen Funktionen zu beherrschen. Um den Körper und dessen Funktionen aufrechterhalten zu können, beide im weitesten Sinn pflegen zu können, bildet das heranwachsende Kind/der Mensch eine Reihe von Images und Objekten aus. Hierbei kommt ihm die spezifische Ausstattung des menschlichen Körpers zugute. Insbesondere die dem Menschen innewohnende Fähigkeit zur Perspektivenübernahme ermöglichen dem Kind in den verschiedensten Pflegesituationen über die Beziehung zu Anderen, gegenüber den Objekten pflegerischen Handelns und vermittels ihrer Handhabung durch Andere unterschiedlichste Haltungen bzw. Perspektiven zu entwickeln. Der Erwerb dieser Fähigkeit zur Perspektivenübernahme erstreckt sich – wie die Ausführungen gezeigt haben – über einen längeren Zeitraum.

In Kap. 3 (Pkt. 3.2.2.2) wurde auf die Bedeutung der Handlungsformen des Spiels und des organisierten Spiels hingewiesen. Beide Phasen und die damit korrespondierenden Entwicklungen des Menschen sind für die Herausbildung ästhetischer Objekte fundamental sowie für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst. Die in dieser Phase zu beobachtende Fähigkeit des Kindes zur Imitation, die auf der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme beruht, ermöglicht ihm, das von den Eltern erfahrene pflegerische Handeln im Rahmen einer aktiven Aneignung der damit verbundenen Handlungsweisen und –fähigkeiten in Bezug auf sich selbst und auf andere zunächst spielerisch zu erproben, diese dabei emotional zu erfahren und nach und nach in das eigene Handlungsrepertoire aufzunehmen (Puppenspiel, Übernahme der Mutterrolle, der Rolle der Krankenschwester, des Arztes etc., später Lernen von Rollenmodellen u.a.). In dieser Phase werden die Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme¹²⁰ und zum intelligenten Mitfühlen¹²¹ ausdifferenziert. In der Phase des Spiels und des organisierten Spiels,

¹²⁰ Nach Martin/Sokol/Elfers (2008: 294) „bewegen sich die Entwicklungsprozesse in denen Perspektiven eingesetzt, differenziert und koordiniert werden von 1) einer präreflektierenden (spiegelnden) Interaktivität (d.h. Positionierung innerhalb von gewohnheitsmäßigen, wiederholenden interaktiven Sequenzen während des Säuglingsalters und der frühen Kindheit) zu 2) einer reflektierenden Intersubjektivität (d.h. simultane Berücksichtigung von sowie Gebrauch multipler Perspektiven innerhalb intersubjektiven Transaktionen der späten Kindheit und frühen Adoleszenz, Prozesse, die durch den zunehmend differenzierteren Sprachgebrauch beschleunigt und erweitert werden) und schließlich zu einer metareflektierenden Sozialität (d.h. das abstrahierte und allgemeine soziale Engagement liegt quer über personalen, interpersonalen und soziokulturellen Perspektiven, wie es bei Aushandlungen und dem Lösen von Problemen bei reifen Erwachsenen nachgewiesen werden kann“.

¹²¹ Jutta Kienbaum grenzt Mitgefühl (sympathy) von Empathie ab. In Anlehnung an Eisenberg et al. (1989: 42, zitiert in Kienbaum/Schuhcke 2010: 214) definiert sie ersteres „als affektive Reaktion, die von der Wahrnehmung des emotionalen Zustandes eines andren stammt und durch die am anderen orientierten Gefühle von Betroffenheit und Bedauern charakterisiert ist“. Sie begreift Mitgefühl als motivationale Basis für prosoziale Verhaltensweisen im Sinne von Trösten. Sie zeichnet die Entwicklung von Mitgefühl und Trösten nach, wovon hier nur die erste erwähnt wird. Was das Mitfühlen betrifft, ist die so genannte Gefühlansteckung (im ersten Lebensjahr beobachtbar) eine Vorform. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass der emotionale Zustand eines Anderen von einem selbst Besitz ergreift. Erste tröstende Reaktionen sind bei Kindern nach dem 1.

in der ästhetische Erfahrungen gemacht und ästhetische Objekte (Symbole) gebildet werden, erfolgt über die Eltern und andere Bezugspersonen mittels der Sprache und der Auseinandersetzung mit der umgebenden Welt und den Menschen die Vermittlung von Sinn und mit ihnen von Werten (s. auch Deegan 2001b, Kap. 3). Meads Bemühung bestand nach Bredo (2010: 329) darin, das er der Bedeutung, die dem Spiel, Emotionen und ästhetischen Vorstellungen für die Entwicklung des Kindes zukommt, größere Anerkennung verschaffen wollte. Er wollte aufzeigen, dass aus entwicklungsbezogener Sicht spätere mehr spezialisierte Aktivitäten nicht ohne einen geeigneten sozioemotionalen Kontext entstehen (s. Bredo 2010: 329). Für die Entwicklung der Perspektivenübernahme hat das Spiel als Form des sozialen Handelns deshalb eine zentrale Funktion, weil sich in dieser Zeit nach Gillespie ‚soziale Institutionen‘ mit etablierten Positionen ausbilden. Im Fall der Pflege ist es die institutionalisierte Form der Pflegebeziehung mit der Position des zu pflegenden Kindes/Menschen und der pflegenden Person - Mutter/Vater, andere Bezugspersonen, Pflegekraft - (s. Gillespie 2005: 27, 2006: 88). Die Form ‚zu Pflegenden/Pflegender‘ bleibt als soziale Struktur über die Zeit stabil. Mit der Einführung der Elemente **Zeit** und **soziale Struktur** in sein Verständnis menschlichen Handelns gelang es Mead mit Hilfe dieser beiden Aspekte aufzuzeigen, dass sich die **Positionen von Selbst und den Anderen umkehren können**. Das kindliche Spiel ist dafür ein deutlicher Beleg. In diesem Zusammenhang muss zwischen **Perspektiven** und **sozialen Positionen** unterschieden werden. Nach Gillespie stützt sich jede soziale Position auf eine Perspektive. Diese strukturiert ihrerseits die Erfahrung desjenigen, der diese Position innehat, wie bspw. in der Pflege die Position des zu Pflegenden die Erfahrung von Anderen abhängig zu sein strukturiert. Ein anderer Aspekt ist, dass es beim sozialen Handeln häufig zu einem Austausch von sozialen Positionen kommt. Wenn das Kind im Spiel die soziale Position der jeweils komplementären Rolle einnimmt, z.B. die der Mutter oder die des Verkäufers, kann es auf diese Weise die Perspektive des Anderen einnehmen und sie durch das aktive Aufgreifen und Darstellen dieser Position mit der Zeit kultivieren (s. auch Kap. 3.2.2.4). Der entscheidende Punkt ist, dass das Spiel die Möglichkeit bietet, komplementäre und nicht vergleichbare Positionen, d.h. unterschiedliche Perspektiven miteinander zu paaren bzw. zu integrieren. Dies ist eine wichtige Voraussetzung um anfänglich zwei, später mehrere Perspektiven zugleich einnehmen zu können. Diese Integration von Perspektiven wird nach Mead durch drei Mechanismen ermöglicht: 1. durch die Erhöhung der Bewegung zwischen komplementären Rollen, 2. durch Regeln und 3. durch das besondere Merkmal der vokalen Geste (s. Gillespie 2005: 29f). Das Besondere der vokalen Geste besteht in diesem Zusammenhang darin, dass das Hören der eigenen Stimme wie die Stimme der Anderen dem Menschen erlaubt, mühelos, unmittelbar und verhältnismäßig zeitgleich auf sich selbst so zu reagieren wie andere auf ihn reagieren (s. Martin et al 2008: 299). Die Bedeutung des Positionswechsels innerhalb des sozialen Handelns besteht nach Gillespies Interpretation von Mead darin, dass dieser Positionswechsel die Perspektivenübernahme mit einem ‚Gerüst‘ versieht. Den Unterschied zwischen Meads Position und derjenigen anderer Autoren, die sich mit diesen Entwicklungsprozessen befassen, erläutert Gillespie anhand des Triangels **‚Selbst, Anderer und Objekt‘**. Mit diesem Triangel wird das Kind beim sozialen Handeln fortwährend konfrontiert, d.h. es macht damit Erfahrungen. Für Mead ist die soziale Position des Kindes bei der Auseinandersetzung mit Dingen und anderen Menschen keine **fixierte**, sondern eine **bewegliche**. Das Kind bewegt sich mit seinem Körper auf etwas bzw. jemanden zu und nimmt dabei einen Positionswechsel vor. Mittels des Positionswechsels beim Handeln wird das Kind instand gesetzt, komplementäre Perspektiven zu kultivieren, zu differenzieren und zu integrieren. Erst wenn diese Integration erfolgt ist, ist das Kind in der Lage, die Perspektive Anderer **ohne** einen Positionswechsel einzunehmen. Der wiederholte Positionswechsel innerhalb sozialer Handlungen ist der Motor, der die Differenzierung und Integration von Perspektiven fördert, so dass das Kind befähigt wird, an zwei verschiedenen Perspektiven zur gleichen Zeit zu partizipieren¹²² (Gillespie 2006: 89f). Bezogen auf die beiden zentralen Objekte

Lebensjahr beobachtbar. In dieser Phase setzt der Prozess der Ausbildung einer psychischen Grenze ein. Diese erlaubt, das eigene Erleben von dem eines Anderen abzugrenzen (s. Kienbaum 2010: 214ff).

¹²² Gillespie (2006: 90f) belegt am Beispiel des Versteckspiels die Funktionsweise des Positionswechsels. Dieses verlangt den Kindern zunächst die **Differenzierung zwischen zwei Positionen** ab, d.h. zwischen dem sich versteckenden Kind und dem suchenden Kind und im zweiten Moment, deren Integration, so dass sie beim Spiel ihr Handeln entsprechend der jeweils

pflegerischen Handelns bedeutet dies, dass das Kind ein Bewusstsein von beiden aus der Perspektive Anderer erhält. Indem der Mensch sich aus der Perspektive Anderer sieht und diese koordiniert, distanziert er sich von sich selbst und wird sich seiner selbst bewusst (s. Martin/Gillespie¹²³ 2010: 257). Aus dem Gesagten ergibt sich, dass es für die Ausbildung dieser Fähigkeit wichtig ist, dass das heranwachsende Kind nicht nur im engeren familiären Kontext Pflegeerfahrungen macht, sondern in den unter Pkt. 8.3.1 genannten Erfahrungsräumen wie Kindergarten, Schule, Berufsausbildung/Studium und später als Erwachsener auch im Zusammenhang mit Arbeit und Beruf. Über die Teilnahme in immer komplexeren gesellschaftlichen Zusammenhängen lernt das heranwachsende Kind sich aus immer mehr Perspektiven zu betrachten, sich in den diversen sozialen Welten/Arenen zu behaupten und mit veränderten, neuen und fremden Handlungssituationen umzugehen. In diesem Entwicklungsprozess wird sich das Kind nach und nach seines eigenen Körpers, seines Geschlechts und seines Selbst bewusst. Es lernt, sich diesen Objekten gegenüber so zu verhalten wie gegenüber anderen Objekten und anderen Selbstern und zwar aus einer Vielzahl von Perspektiven und in einer als Feld von Perspektiven verstandenen Realität, die sich durch die Beziehungen des Menschen zu seiner Umwelt auszeichnet (s. Martin et al. 2008: 298).

Weiter oben wurde gesagt, dass der Mensch über die Möglichkeit verfügt, aus der Situation des unmittelbaren Handelns herauszutreten. Hierbei spielen zwei voneinander verschiedene Prozesse eine Rolle: die Prozesse der **Distanzierung** und der **Identifikation**. Beide Prozesse wurden bereits im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und dem intelligenten Mitfühlen erwähnt, ebenso wie der Umstand, dass beide aufeinander bezogen sind. Mit Blick auf die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst und auf die zentralen Objekte des Pflegehandelns, den Körper und das Selbst, geht es jetzt darum, wie diese beiden Fähigkeiten zusammengedacht werden können. Gillespie (2012) beschreibt sie als **zwei Dimensionen der Perspektivenübernahme**. Grundsätzlich verweist der Prozess der Distanzierung darauf, dass der Handelnde aus der laufenden Handlung heraustritt. Indem er über sich selbst reflektiert, kann er zwischen sich selbst und der laufenden Handlung vermitteln. Diese ‚Selbstvermittlung‘ (Gillespie 2012: 34) kann schon bei Kindern beobachtet werden. Mead hat hier besonders auf die Bedeutung der sprachlichen Symbole hingewiesen. Die Sprache, d.h. sprachliche Symbole, ermöglichen diese Distanzierung, weil in ihnen die Perspektiven Anderer enthalten sind. Dieser Zusammenhang ist für die Pflege von außerordentlicher Bedeutung, denn die Unfähigkeit über pflegerische Zusammenhänge zu sprechen, beinhaltet auch eine Unfähigkeit sich von sich selbst und vom eigenen Körper zu distanzieren. Dies wäre aber die Voraussetzung für eine ‚bewusste‘, auf sich selbst und auf Andere bezogene Pflege. Die Sprache als ein System von Bedeutung/Sinn überschreitet den spezifischen, unmittelbaren Kontext des Hier-und-Jetzt und ermöglicht auf diese Weise eine Distanzierung. Für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst ist eine gewisse Beweglichkeit in der zu Beginn dieses Abschnitts erwähnten erweiterten symbolischen Umwelt zentral. Die Pflege erfolgt in einem Netz von Beziehungen. Das beinhaltet die Teilnahme und insofern eine Identifikation mit den Anderen. Der Prozess der Identifikation ist die zweite wichtige Dimension menschlicher Handlungsfähigkeit, und ihr kommt - wie in dieser Arbeit dargestellt -, gerade in pflegerischen Zusammenhängen eine herausragende Rolle zu. Nach Gillespie (2012: 35) bedeutet der Prozess der Identifikation, dass man für jemanden und um seinetwegen handelt. Dieses beinhaltet eine Teilnahme am gemeinsamen Handeln und ein intersubjektives Verständnis von der Perspektive des anderen. In der Tat heißt dies, dass man mehr auf der Basis der Perspektive eines Anderen als auf der Basis der eigenen Perspektive handelt. **Distanzierung** und **Identifikation** sind zwei unterschiedliche Prozesse, die beide Bewegungen beinhalten. Bei der Distanzierung findet diese aus der eigenen Situation heraus statt, um über sich selbst zu reflektieren. Sie ist auf

eingenommen Position steuern können. Das zentrale Merkmal dieses Spiels ist, dass die Kinder wiederholt dabei ihre Positionen wechseln.

¹²³ Martin/Gillespie (2010) haben ihre unabhängig erarbeiteten Erkenntnisse über Mead in ein allgemeines Modell eines soziokulturellen Grundgerüsts einer fortschreitenden psychologischen Distanzierung und menschlichen Handlungsfähigkeit zusammengeführt. Sie beschreiben einen aus sechs Punkten bestehenden Entwicklungspfad (Verlaufskurve), der zeitgleich persönlich wie öffentlich, kognitiv wie sozial ist. Ihre Erkenntnisse bieten für die Weiterentwicklung der in dieser Arbeit entwickelten pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns wichtige Anknüpfungspunkte.

das **Selbst fokussiert**. Hingegen stellt die Identifikation eine Bewegung von der eigenen Situation hin zu einer empathischen Partizipation an die Situation von jemand anderem dar. Sie ist insofern auf den **Anderen fokussiert**. Ganz allgemein setzen Distanzierung und Identifikation Intersubjektivität voraus und vor allem die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme¹²⁴. Distanzierung und Identifikation sind für die Handhabung der beiden pflegerischen Objekte des Pflegehandelns essentiell. Sie unterscheiden sich aber je nach der vorherrschenden Beziehungsform. In der auf sich selbst bezogenen Pflege bedarf es einmal der Distanzierung vom eigenen Körper und Selbst, zugleich aber auch der **Selbstidentifikation** mit den Aspekten des Körpers und Selbst einschließlich damit verbundener Selbstgefühle¹²⁵, die im Zentrum des Pflegehandelns stehen. In der auf andere Menschen bezogenen Pflege, wo es um die Pflege des Körpers und Selbst eines Anderen geht, muss die pflegende Person sich mit diesen einerseits durch Partizipation an der Situation des zu Pflegenden identifizieren und muss sich gleichzeitig von sich selbst distanzieren und die Perspektive des zu Pflegenden bei ihrem Handeln einnehmen. Dies ist für beide Seiten mit Lernen verbunden, womit erneut der Bogen zur Gewohnheiten-Bildung geschlagen ist.

So wie die Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme die Ausbildung einer Vielzahl von Gewohnheiten voraussetzt, unterliegen auch Emotionen und Werte der Gewohnheiten-Bildung. Letztere bildet den Hintergrund vor dem sich die Kompetenzen zur eigenen und zur Pflege anderer Menschen herausbilden können ebenso wie die dafür erforderliche Perspektivenübernahme und das intelligente Mitfühlen. Der Prozess, der zu dieser Gewohnheitsbildung führt, kann als **Habitualisierung** pflegerischer Handlungskompetenzen bezeichnet werden. Während Roper et al. allgemein von Gewohnheiten in den AL sprechen, sprechen Peplau, Roy und King von Handlungsmustern. Peplau betont vor allem die in interpersonalen Beziehungen erfolgende Integration bzw. Desintegration von Verhaltensmustern, die Musterintegration. Habitualisierung und Musterintegration schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern müssen als sich wechselseitig bedingende Prozesse verstanden werden.

Dieser **Habitualisierung** genannte Entwicklungsprozess kann nicht, wie in Entwicklungstheorien unterstellt, mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter als mehr oder weniger abgeschlossen betrachtet werden. Er muss stattdessen nach dem pragmatistischen Handlungsverständnis als ein lebenslänglicher und offener verstanden werden. Hierbei bildet die für das menschliche Überleben wichtige und unerlässliche Gewohnheiten-Bildung zugleich den Hintergrund für ihre Weiterentwicklung, Modifikation, für Veränderungen sowie für neue Gewohnheiten im Verlauf des weiteren Lebens (s. auch Bredo 2010: 324). Ein anderer für die Pflege wichtiger Aspekt ist, dass im Meadschen Handlungsmodell Gewohnheiten und Neues („situierter Kreativität“, s. Joas 1992a) in einem zeitlichen Wechsel zu einander stehen. Die beschriebenen Handlungsphasen stehen nicht getrennt nebeneinander, sondern sind miteinander verwoben. Zum Verständnis von Gewohnheiten und ihrer Wirkungsweise ist laut Charles Camic (1998: 289) von Bedeutung, dass diese in Episoden von Kreativität eingebettet sind. Die Gewohnheiten des Handelnden schließen zu einem beliebigen Zeitpunkt seine vorherigen kreativen Antworten mit ein. Deshalb erfolgt kreatives bzw. schöpferisches Handeln, das sich im unmittelbaren wie im reflexiven Handeln äußert, immer vor dem Hintergrund bestehender Gewohnheiten. In jedem Handeln sind Gewohnheiten und Neues miteinander verschlungen. Deshalb stellen Gewohnheiten in ihrer ‚Werkzeugform‘ in den beiden Formen des Pflegehandelns wie in der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen unverzichtbare Ressourcen dar, auf die beim Pflegehandeln mehr oder weniger **unbewusst und bewusst** Bezug genommen wird. In Kap. 3 (Pkt. 3.4.3) wurden verschiedene Funktionen und Merkmale von Gewohnheiten genannt. Hierzu gehört die schon erwähnte Sensibilisierung gegenüber bestimmten Stimuli oder Objekten, die so

¹²⁴ Distanzierung und Identifikation beschreiben eine Bewegung von der Sicht der 1. Person zu einer Sicht der 3. Person (self-to-other, Distanzierung) und eine Bewegung von der Sicht der 3. Person zur 1. Person (other-to-self, Identifikation). Die Brücke zwischen beiden Sichtweisen ist die Sprache in ihrer auditorischen Modalität.

¹²⁵ ‚Selbstgefühle‘, so Wiley (2011: 179), beschreiben nach dem Verständnis von Cooley und James im Kern so etwas wie ‚Eigentümerschaft‘, etwas, das zur mir gehört und das ich bin. Er versucht, diese Ideen mit Meads Verständnis des Selbst zusammenzuführen und aufzuzeigen, dass Reflexivität und Selbstgefühle untrennbar miteinander verbunden sind. Etwas, das sich aus Meads Verständnis von Emotion und ihrer Stellung im Handlungsprozess ergibt.

genannte Filterfunktion (s. auch Roy, Kap. 6). Weiter wurden in Kap. 3.4.3 Gewohnheiten auch mit physiologischen Prozessen verglichen. Ein anderes Merkmal besteht darin, dass sich in ihnen die Handlungs- und Leistungsfähigkeit eines Menschen verkörpert. Letztere ist ein Ergebnis von Lernprozessen, die zu einer Automatisierung und Perfektionierung führen können. Die in den einzelnen AL ausgebildeten Gewohnheiten können auf einem Kontinuum von hoch modifizierbar bis hoch unmodifizierbar angesiedelt werden und zu den von den Pflegetheoretikerinnen immer wieder erwähnten Handlungsmustern in den einzelnen AL führen.

Gewohnheiten bieten dem Menschen neben **Sicherheit** und **Zuversicht im Handeln** (ich kann es, ich trau es mir zu) und neben einem Gespür für den Wert des jeweiligen ästhetischen Objekts die Möglichkeit zur Entwicklung einer pflegerischen Expertise oder Könnerschaft. Die Chance für eine Weiterentwicklung dieser Fähigkeiten ist prinzipiell immer dann gegeben, wenn etablierte pflegerische Handlungsgewohnheiten in neuen oder nicht erwarteten Situationen zusammenbrechen und Wege zur Fortsetzung des Pflegehandelns gefunden werden müssen. Die Fähigkeit des Menschen, bestehende Gewohnheiten zu modifizieren und weiter zu entwickeln, kann dem pragmatistischen Verständnis menschlichen Handelns zufolge als ‚reflexive habituality‘ bezeichnet werden (s. Küpers 2011: 109f). Hierbei werden Gewohnheiten als Formen der Verkörperung kreativer Praktiken auf unterschiedliche Weise ‚de-habituated‘ (abgewöhnt) und ‚re-habituated‘ (neu angewöhnt). In diesem Zusammenhang kommt der Konstruktion des ästhetischen Objekts eine zentrale Rolle zu, und das heißt im Fall der Pflege, den beiden zentralen pflegerischen Objekten. Über das ästhetische Objekt erfährt das Kind, was ein gepflegter Körper bspw. bedeutet, welcher Wert ihm beizumessen ist, welche Aspekte des Körpers gesellschaftlich wichtig sind, welche Aspekte des Selbst (Inhalte, Identitäten) von Bedeutung sind und welche Fähigkeiten zur Pflege dieser wichtigen Objekte notwendig sind. Die Pflegesituation entspricht in Analogie zu der von Mead beschriebenen Erziehungssituation der **Eltern-Kind-Situation**. In ihr sorgen

„die Erwachsenen oder die Wissenden dafür [...], dass die anderen sich in der neuen Situation zu Hause fühlen“ (PE: 120).

Hierbei erklären sie, arrangieren und passen sie die Welt für das Kind an. Dadurch wird für dieses die zu leistende Pflege verständlich, und es kann etwas unternommen werden, um die Handlungen fortzusetzen. Dabei gehen die Erwachsenen so vor,

„dass sich das Bekannte in das Unbekannte vorschiebt. Dies ist genau das, was wir mit dem Kind tun: Wir stoßen es weiter in das Unbekannte hinein und helfen ihm, sich dort zu Hause zu fühlen“ (PE: 120f).

Trotz der wiederholten Rede von Handlungsmustern wird der allgemeinen Funktionsweise von Gewohnheiten in den in der vorliegenden Arbeit diskutierten pflege-theoretischen Ansätzen durchweg zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dieses Thema kommt aber schon in einem anderen Zusammenhang zum Tragen. So lernt das Kind im Zuge seiner Sozialisation mit den beiden zentralen Objekten des pflegerischen Handelns umzugehen. Es lernt, welche **Werte** die Eltern und Bezugspersonen, die unterschiedlichen sozialen Welten/Arenen angehören, **diesen Objekten** beimessen. Weiter erfährt das Kind über die Art und Weise, wie es selber gepflegt wird, etwas darüber, wie andere Menschen gepflegt werden. Es lernt, wie Andere auf seine Erfordernisse, d.h. auf es als Objekt der Pflege, eingehen. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass die in den einzelnen AL verkörpernten pflegerischen Gewohnheiten mit bestimmten auf das **Selbst bezogenen Werten** verbunden sind. Aus diesem Grund kommt dem Thema Abhängigkeit/Unabhängigkeit, das im RLT-Modell als ein den Menschen sein ganzes Leben begleitendes Kontinuum vorgestellt wird, bei der Ausbildung von Gewohnheiten und bei der Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst eine herausragende Rolle zu. Dieser Sachverhalt wurde in Kap 3.4.3 mit Deweys Worten zum Ausdruck gebracht, wonach wir alle unsere ‚*menschliche Karriere als hilfloses abhängiges Wesen*‘ beginnen. Wie die das Kind umgebenden Bezugspersonen auf dessen Plastizität einwirken und welchen Entwicklungsrahmen sie dem Kind bei der Vermittlung pflegerischer Kompetenzen in den beiden Pflegeformen bieten, hat Konsequenzen für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst. Sie können sich dabei so verhalten, dass sie dem Kind ein Umfeld schaffen, in dem es von den ihm zur Verfügung stehenden Fähigkeiten

vollen Gebrauch machen kann, indem es die **Gewohnheit zu lernen erwirbt** (s. Dewey 1993: 69). Sie können das Kind aber auch an ihre eigenen Gewohnheiten anpassen und es von sich abhängig machen. Die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst wird mit anderen Worten durch die Beziehungen bedingt, in denen **Gewohnheiten-Bildung**, **Erfahrungen-Machen** und **Objekte-Bilden** erfolgen. Mit diesem Sachverhalt hat sich Peplau befasst. Für sie ist die Kenntnis der Beziehungsmuster wichtig, die beim Eingehen auf die vom Menschen geäußerten Bedürfnisse vorherrschen, weil dieses Wissen für das Verständnis dessen wichtig ist, wie Menschen Andere um **Hilfe bitten** und wie sie **Hilfe in Anspruch** nehmen. Im Gegensatz zu Mead legt sie die Betonung auf die bei der Pflege gemachten interpersonellen Erfahrungen, da dieser Erfahrungstyp Einfluss auf das zuvor erwähnte Hilfeverhalten hat. Werden diese interpersonalen Verhaltensmuster aber vor dem Zeitverständnis Meads – trügerische Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft –, betrachtet, dann bilden sich in diesen Verhaltensmustern über die in den verschiedenen Beziehungen vorherrschende Form der Musterintegration ganz unterschiedliche Gewohnheiten des interpersonalen Handelns heraus. Da die Pflege in einem Netz von Beziehungen erfolgt, können diese Beziehungsmuster¹²⁶ (s. Kap. 5.4.2) die weitere Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst auf vielfältige Art und Weise berühren und prägen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil diese interpersonalen Verhaltensmuster intrapsychische, interpersonale und systemische Dimensionen haben, die je nach Pflegesituation unterschiedliche Merkmale aufzeigen, von temporärer Dauer oder situationsbedingt sein, wieder aufflackern, stabil u.a.m. sein können. Dieser für die Pflege wichtige Erfahrungstyp bleibt, obwohl Mead und Dewey betonen, dass Gewohnheiten sich im Kontext von Beziehungen ausbilden, auf den ersten Blick im pragmatistischen Handlungsverständnis ebenso wie in der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Handelns von Strauss eher implizit. Er wird aber sichtbar in der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen, deren Entwicklungsprozesse in diesem Kapitel aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet worden sind. Welche Fähigkeiten die Menschen in diesen beiden für die Pflege zentralen Fähigkeiten ausgebildet haben, zeigt sich in den von ihnen eingesetzten Strategien und Taktiken in den diversen Beziehungen und sozialen Welten/Arenen, wenn es um die Pflege des eigenen Körpers und Selbst geht. Werden Peplaus Vorstellungen mit den oben beschriebenen Prozessen der Distanzierung und Identifikation in Beziehung gesetzt, dann kann die Art der Integration der verschiedenen Perspektiven Hilfesuchender und Hilfgewährender nicht nur zu höchst unterschiedliche Qualitäten dieser Beziehungsmuster führen, sondern auch deren Dynamik erheblich beeinflussen.

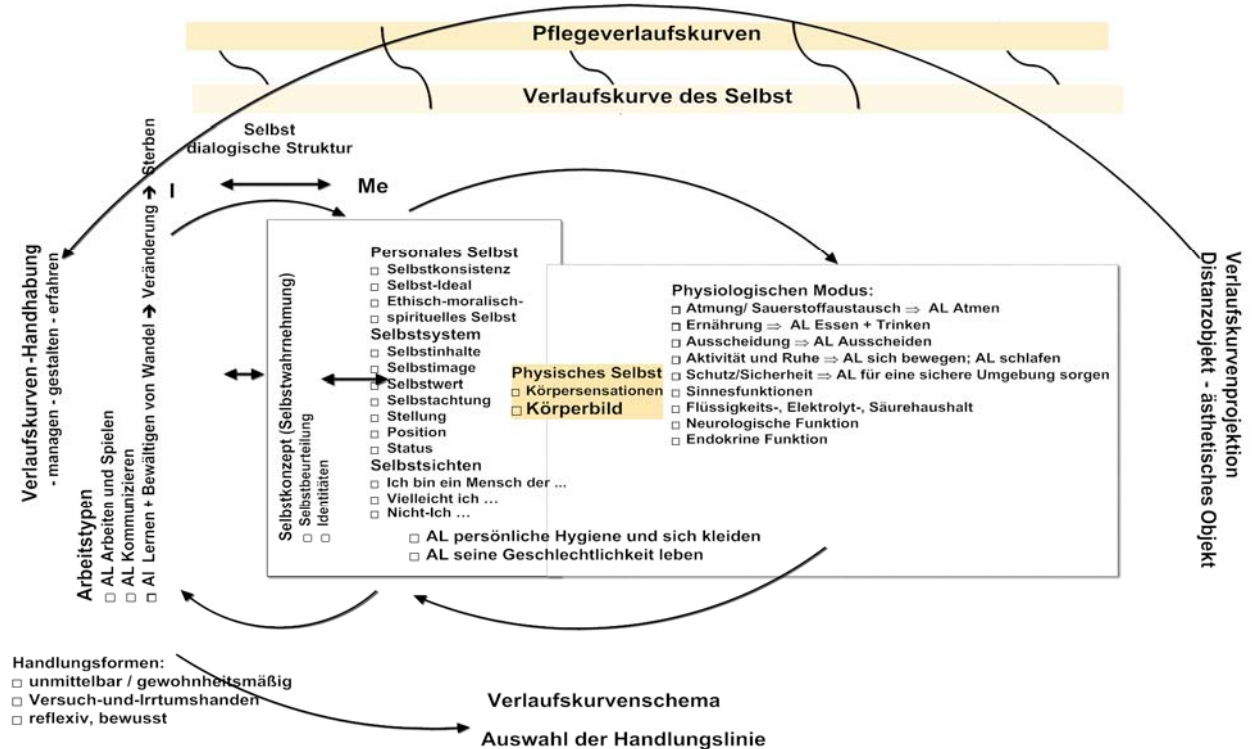
Zum Verständnis der zentralen Objekte pflegerischen Handelns bietet King eher allgemeine Definitionen an, während Peplau und Roy diese Objekte begrifflich genauer zu fassen versuchen. Werden die in diesem Kapitel zusammengetragenen Erkenntnisse zusammengefasst, dann bezieht sich pflegerisches Handeln – siehe Abb. 8.7 – in Bezug auf das Selbst und den Körper des jeweiligen Menschen vor allem auf Aspekte des Me.

Unter Punkt 8.2 wurde die AL ‚Arbeiten und Spielen‘ in Hinblick auf die Vermittlung, Aneignung und Weiterentwicklung von Kompetenzen in den beiden Formen des Pflegehandelns zu einer Schlüsselkategorie erklärt ebenso wie in Bezug auf die Arbeit an den jeweiligen Verlaufskurven. Aus dem bisher Gesagten und daraus, dass Pflege als ein relationales Handeln in komplexen Beziehungen erfolgt, ergibt sich, dass der AL Kommunikation eine ebenso wichtige Funktion zukommt. Nach dem bisherigen Gang der Argumentation, eignet sich das Kind in einer Selbst-Anderen-Beziehung (s. auch Pkt. 8.1.) mit Hilfe seiner Eltern/Bezugspersonen pflegerische Kompetenzen an. Diese sind zuallererst darauf ausgerichtet, das heranwachsende Kind zur eigenen Pflege zu befähigen, so dass es nach und nach die damit verbundenen Handlungen selbst übernehmen kann und zu beherrschen lernt. Dabei wird sich das Kind bzw. der heranwachsende Mensch der für die Pflege zentralen Objekte über die Haltung der Anderen bewusst und erlernt über diese den Umgang mit ihnen. Bis das Kind/der heranwachsende Mensch die Gewohnheiten beherrscht, die der Pflege des eigenen Körpers und des Selbst dienen, be-

¹²⁶ So kann sich bspw. das Handeln von zu pflegendem Kind/Erwachsenem und der pflegenden Person (Eltern/Bezugspersonen) im Sinne einer Wechselseitigkeit ergänzen, es kann sich im Sinne einer Gegenreaktion abwechseln oder die Form einer ‚Passung‘ im Sinne eines ‚Gegenstücks‘ oder in Form einer ‚Fehlanpassung‘ annehmen.

darf es einer Zeit der Einübung. Nur so kann der Mensch eine gewisse ‚Kunstfertigkeit‘ oder auch ‚Könnerschaft‘ erlangen (s. Kap. 3.4.3).

Abb. 8.7: Zentrale Objekte des Pflegehandelns + die AL



Wie gezeigt wurde, werden die Kompetenzen in beiden Formen des Pflegehandelns beim Handeln in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie in der Selbstbeziehung verfeinert, ausgebaut, eingeschränkt/begrenzt und ggf. vernichtet oder neu angeeignet. Hierbei unterliegen diese Kompetenzen ihrem Praxistest, wenn deren Ergebnisse von Anderen bewertet und anerkannt bzw. nicht anerkannt werden. In den verschiedenen pflegerischen Beziehungsformen kann das pflegerische Handlungsspektrum der involvierten Menschen aufgrund der gemachten Erfahrungen, der erfahrenen Unterstützung und der dabei eingenommen Rollen sowohl mit negativen eingrenzenden Erfahrungen wie mit positiven, ermächtigenden Erfahrungen verbunden sein. Es kann folglich prinzipiell **begrenzt** oder **erweitert** werden. Die in diesen Beziehungen gemachten Erfahrungen können die Ausbildung intelligenter oder routinemäßiger Gewohnheiten begünstigen. Erlauben im Allgemeinen intelligente Gewohnheiten dem Menschen, auf diese zurückzugreifen, sie frei sowie situationsangemessen zu nutzen und zu variieren, engen rigide Gewohnheiten die Anpassungsfähigkeit des Menschen nach Dewey ein (s. Kap. 3.4.3). Dieser Sachverhalt ist für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst wichtig, da er zu ihrer Formung und Gestaltwerdung beiträgt.

Wird die in den genannten pflegetheoretischen Ansätzen vorgenommene Kehrtwendung, pflegerische Phänomene/Objekte radikal aus der Sicht des zu pflegenden Menschen und von seinem Leben aus zu denken, vor diesem Hintergrund zu Ende gedacht, dann stehen **die Kompetenzen in diesen beiden Formen des Pflegehandelns und alle Objekte, auf die das Pflegehandeln gerichtet ist, im Zentrum der Beziehung zwischen einem zu pflegenden Menschen und einer pflegenden Person sowie im Zentrum der Beziehung des Menschen zur Pflege seines eigenen Körpers und Selbst**. In einer problematisch geworden Pflegesituation reicht es jedoch nicht aus, nur den von Roy genannten Stimuli erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Vielmehr müssen diese im Sinn der erforderlichen Anpassung auf das in der gegebenen Situation als Folge der gefühlten Handlungsunterbrechung entstehende ästhetische (Distanz-)Objekt gelenkt werden. Dieses kann in der Kontrolle/Beherrschung einer bestimmten Körperfunktion bestehen, die für die Ausübung von Handlungsrollen in Zusammenhang mit sozialen Identitäten wichtig ist, oder in einem für eine oder mehrere soziale Identitäten wichtigen körperlichen Erschei-

nungsbild. Weiter sind die verschiedenen Gewohnheiten in den einzelnen AL in Beziehung zu den sozialen Rollen und den damit verbundenen Identitäten zu sehen. Diese Gewohnheiten können in einer Vielzahl von Kombinationen zum Ausdruck gebracht werden und so bestimmte Aspekte einer Rolle und sozialen Identität betonen. Auch wenn diese Gewohnheiten vermittels sozialer Normen Regelungen unterliegen, sind sie zugleich etwas sehr Persönliches, das über das Pflegehandeln, verstanden als Ausdruckshandeln, immer auf das Ganze, d.h. auf das jeweils im Mittelpunkt stehende ästhetische Objekt und damit auf bestimmte Aspekte des menschlichen Körpers und Selbst gerichtet ist.

In diesem Zusammenhang kommt den pflegenden Personen vor allem *eine vermittelnde Funktion zu*, die je nach der Situation auf *unterschiedliche Schwerpunkte gerichtet ist*. Wie oben dargestellt, erklären die pflegenden Personen dem Kind die pflegerische Situation, arrangieren dieselbe und passen sie an. In dieser Beziehung wird die Kompetenz der pflegenden Person, andere Menschen zu pflegen, für diese zu einem Mittel, den unterbrochenen Fluss des auf sich selbst gerichteten Pflegehandelns wieder in Gang zu setzen. Diese Funktion klingt bei Peplau an, wenn sie die Pflegekraft als ein ‚edukatives Instrument‘ bezeichnet. Damit diese vermittelnde Funktion wahrgenommen werden kann, müssen *die Kompetenzen*, über die der zu pflegende Mensch/das Kind in den beiden Formen des Pflegehandelns potenziell verfügt, entwickelt werden und dabei zu den im Fokus stehenden AL und den entsprechenden Lebensprozessen in Beziehung gesetzt werden. Sodann müssen die sich entwickelnden Kompetenzen anerkannt werden, damit sich das Kind mit ihnen identifizieren kann. Auf dieser Grundlage können die Kompetenzen weiterentwickelt und entweder aufrechterhalten oder modifiziert oder rekonstruiert werden. Nur so hat das Kind/der Mensch die Möglichkeit, unterschiedlichste Pflegesituationen zu bewältigen. In diesem Zusammenhang muss die von Peplau beschriebene *Erfahrungsbildung* in einem erweiterten Kontext gesehen werden. Sie muss um die gesamte Bandbreite möglicher menschlicher Erfahrungen in Bezug auf die Pflege ergänzt und auf das *ästhetische Objekt* bezogen werden. Denn die Art, wie der Mensch das auf sich selbst und auf Andere bezogene Pflegehandeln organisiert, beeinflusst die emotionale Bedeutung dieses Handelns und zwar je nachdem, welchen Wert er dem erfolgreichen Vollzug des Pflegehandelns beimisst¹²⁷. Die beim Pflegehandeln gemachten Erfahrungen können die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven höchst unterschiedlich beeinflussen und dem Menschen unterschiedliche Anpassungsleistungen abverlangen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil unsere Beziehungen zu den Anderen nach Mead (2001b: 28) durch das bestimmt werden, *was wir tun und was wir können*¹²⁸.

Pflegerische Erfahrungen sind eine notwendige Voraussetzung, damit das sich entwickelnde Kind Vorstellungen in Bezug auf die Pflege und die Objekte des pflegerischen Handelns entwickeln kann. Emotionale Erfahrungen sind der Ausgangspunkt für die Bildung von Gewohnheiten des Sehens, Hörens, Tastens etc. Sie legen das Material für die ‚working images‘. Im Zuge der weiteren Entwicklung, d.h. in der Phase des Spiels werden diese verschiedenen Erfahrungen miteinander in Beziehung gesetzt, so dass sich ein Sinnganzes, das *ästhetische Objekt* bilden kann, hier *der Körper und das Selbst*. Erfahrungen, Images und Objekte sind ihrerseits die Voraussetzung für die schrittweise Herausbildung von Kompetenzen in beiden Formen des Pflegehandelns, die wiederum an die gleichzeitige Herausbildung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitgefühl gebunden ist. Es handelt sich um einen in interpersonalen Beziehungen erfolgenden, über die Sprache und körperliche Funktionen vermittelten Differenzierungsprozess, bei dem es zunächst zu einer Identifikation mit Anderen und mit ‚etwas‘ kommt. Über den mit der Perspektivenübernahme und der Entwicklung des intelligenten Mitfühlens

¹²⁷ Emotionen können aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Einen guten Überblick für unterschiedliche Ansätze im Bereich der Soziologie geben Turner/Stets (2009). Hiernach können Emotionen in primäre und sekundäre Emotionen unterschieden werden, die in bestimmten Kombinationen und unterschiedlicher Intensität auftreten können. Für die Pflege sind insbesondere jene interessant, die in interpersonalen Situation in unterschiedlichen sozialen Kontexten das menschliche Handeln leiten. Im Bereich der Pflege ist dieses Thema vor allen aus dem Blickwinkel der zu leistenden Gefühlsarbeit (emotional labor, s. auch FN 20, Kap. 3) und im Zusammenhang mit Care und Caring aufgegriffen worden, d.h. aus der Perspektive der Pflegenden, aber nicht als ein grundlegendes Thema pflegerischen Handelns.

¹²⁸ Das Gefühl folgt einer Handlung und nicht umgekehrt.

einhergehenden **Prozess der Distanzierung** kommt es zu einer Trennung von den Anderen und den Dingen im Sinne der Selbstbehauptung. Die Funktionsweise von Körper und Selbst kommt in den sozialen Rollen und Identitäten des Menschen in den sozialen Welten/Arenen, an denen er teilhat, zum Ausdruck. In den sozialen Welten/Arenen werden die beide zentralen pflegerischen Objekte einer Bewertung durch Andere unterzogen und damit auch die erworbenen Kompetenzen in den beiden Pflegeformen. Beim reflexiven Handeln, das sich erst nach einer länger währenden Phase der Gewohnheiten-Bildung voll entfalten kann, verfügt der Mensch über die Mittel, das angestrebte ästhetische Objekt zu untersuchen und zu analysieren, es von unterschiedlichen Standpunkten aus zu betrachten. Weiter kann er das einzuschlagende pflegerische Handeln in Bezug auf das angestrebte Objekt experimental oder hypothetisch-gedanklich im Selbstgespräch durchspielen und dabei verschiedene Handlungsmöglichkeiten überprüfen, bevor er diese in den sozialen Welten/Arenen einer konkreten Bewährungsprobe ausgesetzt. Hierbei schafft die dem Menschen eigene Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wie zum intelligenten Mitfühlen den erforderlichen Raum, um neue Wege zu beschreiten und bestehende Gewohnheiten im Moment ihrer Durchbrechung zu transformieren. Dieser Prozess ist mit Trennungen und der Eröffnung neuer Möglichkeiten verbunden. Pflege als dynamisches Handeln beinhaltet Kontinuität durch Wandel, mittels **Identifikation** und **Trennung bzw. Distanzierung**. Dieser paradoxe Zusammenhang ist für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst von grundlegender Bedeutung. Der unter Pkt. 8.1. erwähnten Grenzarbeit kommt hier eine wichtige Rolle zu, da die Veränderungen an den Rändern erfolgen bzw. an dem Punkt, den Mead mit dem Begriff der ‚**Passage**‘, also des Übergangs beschreibt. Zur Verdeutlichung dieses Umstands wurde in Abbildung 8.7. die **AL Sterben** umgeändert in die **AL Lernen und Bewältigen von Wandel – Veränderung – Sterben**. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es bei der Tendenz, eine neue Gewohnheit zu bilden (s. Kap. 3), immer zu einer Unterbrechung einer alten Gewohnheit kommt. Dies führt neben Instabilität oder Desorganisation, zu Neuheit, zu Emergenz und zu unerwarteten und nicht vorhersagbaren Kombinationen und an einem bestimmten Punkt auch zum Sterben.

Im nächsten Abschnitt wird der Frage nachgegangen, was passiert, wenn Krankheit ins Spiel kommt. Es geht darum, in groben Umrissen die Konsequenzen, die sich daraus für die Arbeit an den beiden Pflegeverlaufskurven und am Selbst allgemein und aus der Sicht der professionellen Pflege ergeben, aufzuzeigen.

8.4 SICH KREUZENDE VERLAUFSKURVEN: PFLEGE-, SELBST- UND KRANKHEITSVERLAUFSKURVEN

‘*Nothing about me without me!*’¹²⁹ (Delbanco et al. 2001)

Ausgangspunkt der in dieser Arbeit untersuchten pflegetheoretischen Ansätze ist der zu pflegende Mensch mit seinem spezifischen Bedarf an Pflege und die Aufrechterhaltung von Lebensprozessen. In diesem Kontext wird die Krankheit als ein Teil des Lebens des zu pflegenden Menschen gesehen, der Einfluss auf den gewohnten Gang des täglichen Lebens hat. Im Mittelpunkt der Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst stehen Gewohnheiten in den AL, die der Aufrechterhaltung von Lebensprozessen und der Meisterung des Lebens des Menschen in den unterschiedlichsten Rollen in den verschiedenen sozialen Welten/Arenen dienen. Im vorigen Abschnitt wurde die Bedeutung der Gewohnheiten und des ästhetischen Objekts für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst herausgearbeitet. Hierbei ist der Mensch auf den eigenen Körper ebenso wie auf andere Menschen angewiesen. Je nach Lebensumständen und Situationen müssen die entsprechenden Kompetenzen in beiden Formen des Pflegehandelns modifiziert, angepasst, verlernt und ggf. neu erlernt werden. In Bezug auf das allgemeine Ziel der Aufrechterhaltung von Lebensprozessen besteht das auf sich selbst und auf Andere bezogene Pflegehandeln zunächst einmal im **Vermitteln, Aneignen, Habitualisieren, Modifizieren, Aufrechterhalten und Rekonstruieren von Kompetenzen im Bereich der AL, die das eigene und das Überleben anderer Menschen sichern und den Menschen befähigen, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben**. Im Fall von

¹²⁹ Dies war das leitende Prinzip einer fünftägigen Klausur in Salzburg, wo es darum ging, sich eine Gesundheitsversorgung in einem Land namens PeoplePower vorzustellen (s. Delbanco et al. 2001).

Krankheit¹³⁰ geht es darum herauszufinden, wie, in welcher Form und in welchem Ausmaß diese Kompetenzen von der Krankheit beeinträchtigt werden und welchen Einfluss das Krankheitsgeschehen sowie die medizinische Behandlung auf die zentralen pflegerischen Objekte **Körper** und **Selbst** haben.

Alle Pflege-theoretikerinnen stellen fest, dass die zentralen Objekte des pflegerischen Handelns – der Körper und das Selbst – beim Auftreten von Krankheit verletzbar und verwundbar sind. Die Krankheit hat Auswirkungen auf deren Funktionsweisen und somit auf das Handeln¹³¹. Die damit verbundenen Reaktionen wie Abwehr, Angst, Panik, Schock, das Erleben von Hilflosigkeit und eines u.U. außer Kontrolle geratenen Körpers zeigen sich aufgrund des intimen und personenbezogenen Charakters der pflegerischen Arbeit unweigerlich offen oder verdeckt bei der Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst. Ungeachtet dessen kann die Arbeit an ihnen aufgrund der Erkrankung nicht einfach ausgesetzt werden, sondern muss unter veränderten Bedingungen, alleine, temporär bis dauerhaft ohne und mit Unterstützung durch Andere, seien es vertraute Bezugspersonen oder professionelle Pflegekräfte fortgesetzt werden. Genau an diesem Punkt wird der von Peplau eingeleitete Paradigmenwechsel relevant, der in einem bislang wenig verstandenen **radikalen Bruch** mit der im 19. Jahrhundert entstandenen und bis heute wirksamen Vorstellung besteht, die die Pflege grundsätzlich mit der **Pflege der Krankheit** assoziiert. In dieser Vorstellung erscheint der zu pflegende Kranke als **Objekt** und die pflegende Person als **ausführendes Instrument** des Arztes. In dieser Vorstellung werden beide zu einem **Objekt/Ding** und werden beide ihres Selbst, ihrer Persönlichkeit einschließlich ihrer eigenen Handlungsfähigkeit beraubt. Diese Vorstellung hat Peplau hinterfragt, und damit eine Transformation des zu pflegenden Patienten als **Objekt** und der zu pflegenden Person als **Instrument** und insofern ebenfalls als **Objekt** in zwei **handlungs- und entscheidungsfähige Subjekte** vorgenommen. Sie hat dargelegt, dass beide eine Geschichte haben und über Kompetenzen verfügen, die sie in die professionelle Pflegebeziehung einbringen und die als **Bedingung das Handeln in dieser Beziehung prägen**. Beide, die zu pflegende Person und die pflegende Person müssen sich aktiv in die Pflege einbringen, wobei die Art und Weise ihres Umgangs miteinander Einfluss auf das Geschehen hat. Roy, King und Roper et al. sind Peplau auf diesem Weg gefolgt, bei dem konzeptionell eine Schwerpunktverlagerung des Fokus von der **Pflege der Krankheit** hin zur **Pflege des kranken Menschen** unter Berücksichtigung seines Lebenskontexts vorgenommen wurde. Mit dieser Verlagerung des ‚**professionellen Blicks**‘ werden in allen genannten pflegetheoretischen Ansätzen wichtige Schritte zur Neubestimmung der Beziehung gegangen, die zwischen dem lebensnotwendigen Pflegehandeln eines Menschen und einer Krankheit bestehen sowie zwischen Pflege und Medizin. In der vorliegenden Arbeit ist darüber hinaus ein weiterer Perspektivenwechsel erfolgt, insofern das Pflegehandeln grundsätzlich vom gesunden Menschen aus erschlossen wird und die Pflege als eine Voraussetzung der Gesundheit bestimmt wird.

Roper (1976, s. Kap. 2) liefert wichtige Hinweise, wie der von Peplau, Roy und King eingeschlagene Weg fortgesetzt werden kann. Mit der Einführung des Konzepts des ‚**basic nursing**‘ erfolgt für Roper eine bedeutsame Imageveränderung des Begriffs ‚Pflege‘ von einer Ortsbeschreibung zu einer **Funktionsbeschreibung**. Sie zieht aus dieser semantischen Veränderung den Schluss, dass die Funktion der professionellen Pflege primär in der **Rehabilitation** der einzelnen Gewohnheiten im Bereich der AL zu sehen ist. In diesen Gewohnheiten drückt sich für Roper et al. das Konzept der Individualität bzw. Einzigartigkeit des zu pflegenden Menschen aus. Mit dem Konzept der Lebensspanne bringen sie zum Ausdruck, dass die pflegende Person (Eltern, professionelle Pflegekraft) auf den zu pflegenden Menschen als jemanden treffen, dessen Kompetenzen zur selbstbezogenen und zur Pflege anderer Menschen je nach Position auf der Lebensspanne und ja nach Entwicklungsstand andere sind. Zu

¹³⁰ Darunter fallen auch Leiden infolge von Verletzungen, Unfällen und Behinderungen.

¹³¹ Dieses wird in Studien über Menschen mit chronischen Erkrankungen aus der Perspektive verschiedener Disziplinen immer wieder belegt. Für die Pflege s. bspw. die Arbeiten von Corbin/Strauss 1988, Thorne 1993, 2008, Thorne et al. 2005, Paterson 2004, Schaeffer 2009, Schaeffer/Moers 2011).

Beginn des Lebens müssen diese zunächst einmal entwickelt und habitualisiert werden¹³², damit sie im späteren Verlauf des Lebens, in den Worten Roys, an sich ändernde Situationen immer wieder neu adaptiert werden können. Vor dem Hintergrund gemachter Erfahrungen werden die vorhandenen Kompetenzen in neuen Situationen mehr oder weniger erfolgreich adaptiert, modifiziert und rekonstruiert. Nach dem pragmatistischen Verständnis ist ein springender Punkt der, ob unsere Kompetenzen aus starren, eingefahrenen Gewohnheiten oder aus intelligenten bzw. flexiblen Gewohnheiten bestehen. Dieses ändert die Ausgangslage der mit der Adaptation verbundenen Lernprozesse. Je nach Position auf der Lebensspanne und nach Entwicklungsstand des betroffenen Menschen kann die durch eine Krankheit hervorgerufene **Unterbrechung des gewohnten Handlungsflusses** in dem auf ihn selbst und/oder auf andere Menschen bezogenen Pflegehandeln nicht nur mit sehr unterschiedlichen **Konsequenzen** für beide Formen des Pflegehandelns verbunden sein, sondern auch verschiedene Voraussetzungen für deren weiteren Habitualisierung, De- und Re-Habitualisierung bedeuten. Dazu kann die Unterbrechung von **unterschiedlichem Ausmaß** und **unterschiedlicher Dauer** sein. Hervorzuheben ist, dass das pflegerische Handeln als ‚going concern‘ nach dem hier entfalteten pragmatistisch-interaktionistischem Verständnis menschlichen Handelns eingebettet ist in einen Prozess durchzuführender Handlungen und bereits gemachter Handlungen, die als Erfahrungen das im Gang befindliche Pflegehandeln mit bedingen. Grundsätzlich werden Pflegeerfahrungen in der ‚trügerischen‘ Gegenwart gemacht, wobei sich neue Erfahrungen in alte einschreiben und diese wiederum als Bedingungen für zukünftige fungieren. Die Veränderungen finden im Prozess (prozesshaft) und in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlicher Qualität statt.

In diesem Sinn kann die zwischen Pflege und Krankheit bestehende Beziehung als ein Verhältnis zwischen den **bereits habitualisierten Kompetenzen** und den in Folge von Krankheit **zu de-habitualisierenden** bzw. **neu zu habitualisierenden Kompetenzen** in den beiden Formen pflegerischen Handelns beschrieben werden (s. auch Kap. 3.4.2). Vor dem hier entfalteten Verständnis von Gewohnheiten als zentralen Handlungsformen und Funktionsweisen richtet sich der Blick nicht zuerst auf Defizite. Er wird stattdessen auf das **pflegerische Handlungsvermögen des betroffenen Menschen** gelenkt, das sich in der täglichen Pflege fortwährend realisiert, und darauf, **wie das** sich in den AL ausdrückende **Pflegehandeln unter den Bedingungen von Krankheit fortgesetzt werden kann**. Letztere kann zum teilweisen bis vollständigen Zusammenbruch einer bis aller mit dem Pflegehandeln verbundenen Gewohnheiten führen. Mit anderen Worten: es geht um die Frage von **Kontinuität trotz des durch die Krankheit erzwungenen Wandels**. Für Peplau, Roy und King besteht das Ziel der professionellen Pflege trotz unterschiedlicher Schwerpunktsetzung in der Erhaltung bzw. Wiedererlangung von Gesundheit. Im RLT-Modell ist Gesundheit als allgemeines Ziel nur eines von mehreren anzustrebenden Zielen. Der Schwerpunkt des professionellen pflegerischen Handelns ist nicht nur darauf ausgerichtet, Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu verhüten, sondern es geht vor allem darum, die **Selbsthilfe zu fördern** und auf die **maximale Unabhängigkeit des zu pflegenden Menschen** hinzuwirken. Weiter gehört dazu, für eine geringstmögliche Unterbrechung bisheriger Gewohnheiten¹³³ in den AL Sorge zu tragen. Dies ist nur möglich, wenn die professionelle Pflege ihr Handeln an den Pflegekompetenzen des zu Pflegenden in den beiden Pflegeformen und an seinem Leben orientiert. Es ist der zu Pflegende, der die Erfahrung von Krankheit in sein Leben integrieren und entsprechende Formen der Bewältigung von Krankheit finden muss. Anders als in den Vorstellungen von Peplau, Roy und King ist der Gedanke der Rehabilitation im RLT-Modell stärker enthalten. Er zielt hier auf die **Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit** als **Voraussetzung einer ‚relativen Gesundheit‘**. Dieser Gedanke kommt jedoch nicht zum Vorschein, wenn die AL auf Einzeltätigkeiten reduziert und losgelöst von den Fähigkeiten des zu Pflegenden und von seinem Lebenskontext einseitig aus der Perspektive der Krankheit bzw. der körperlichen Funktionsweisen betrachtet werden. Mit Blick auf das heutige Vorherrschen chronischer Erkrankungen kann das im RLT-Modell

¹³² Der zu pflegende Mensch ist keine Tabula rasa, sondern geprägt durch die vielfältigen Erfahrungen, die er in der aktiven Auseinandersetzung mit Menschen und mit seinen Umwelten macht.

¹³³ Hierbei ist zu differenzieren zwischen gesundheitsfördernden und gesundheitsbeeinträchtigenden bzw. -gefährdenden Gewohnheiten.

postulierte Ziel dahingehend reformuliert werden, dass es in der Pflege gilt, die *Fähigkeit des Menschen zur eigenen Pflege und der Pflege Anderer trotz Vorliegen von (chronischer) Krankheit oder Einschränkungen/Beeinträchtigungen* zu fördern. Weiter gilt es, den zu pflegenden Menschen bei dem von ihm/ihr selbst zu leistenden Anpassungsprozessen im Sinne einer positiven Bewältigung von Krankheit und deren Integration in das Leben zu unterstützen, so dass es trotz Krankheit oder Krankheiten ein lebbares Leben mit der Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilnahme ist. Die Notwendigkeit eines grundlegenden Perspektivenwechsels in der Pflege ergibt sich schon aus dem Umstand, dass die Familie diejenige Institution ist, in der Kompetenzen in den beiden Pflegeformen erworben und aufrechterhalten werden, in der die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst erfolgt und in der zuerst auf Zustände wie Gesundheit und Krankheit eingegangen wird (s. auch Kap. 2 und 4, Büscher/Schnepp 2011). Dieser Sachverhalt wird schlaglichtartig anhand ausgewählter Fakten untermauert.

8.4.1 EXKURS: AUSGEWÄHLTE FAKTEN ZU KRANKHEIT UND PFLEGE

Wird ein Blick auf das Thema Gesundheit und Krankheit geworfen, dann ergibt sich folgendes Bild. Im Jahr 2008 wurden weltweit 57 Millionen Todesfälle registriert, von denen 36 Millionen (63%) auf nicht übertragbare Krankheiten (Noncommunicable Disease, NCD) zurückzuführen sind. Die vier wichtigsten dieser Krankheiten, *kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen* und *chronische Atemwegserkrankungen*, stellen weltweit für die globale Gesundheit eine der größten Herausforderungen dar. Ihr chronischer, langdauernder und oftmals unheilbarer Charakter bringt entsprechende langfristige Versorgungserfordernisse mit sich, die laut WHO nur bewältigt werden können, wenn die bestehende Gesundheitsversorgung in organisatorischer und finanzieller Hinsicht neu ausgerichtet wird (<http://www.who.int/nmh/en/>). Auch in dem Bericht *Health at a Glance: Europe 2010* der OECD (Dez. 2010: 32ff) werden kardiovaskuläre Erkrankungen als Hauptursache der Mortalität in den meisten Ländern der EU angeführt. Im Jahr 2008 gingen 40 % der Todesfälle hierauf zurück. In dieser Krankheitsart sind die häufigsten Erkrankungen der Herzinfarkt und der Schlaganfall. Krebserkrankungen stellen die zweithäufigste Todesursache in Europa dar, auf ihr entfielen 2008 26% aller Todesfälle. Lungenkrebs ist die häufigste Todesursache bei Männern, während dies bei den Frauen der Brustkrebs ist. Diabetes zählt zu der viert- oder fünfhäufigsten Todesursache, wobei 50 % der Menschen, die an Diabetes erkrankt sind, an einer kardiovaskulären Erkrankung sterben und 10-20% am Nierenversagen. Die gesundheitliche Lage in Deutschland ist vergleichbar. In dem Bericht *Alter und Gesundheit* aus der Reihe der Gesundheitsberichtserstattung des Bundesministeriums für Gesundheit (Böhm et al. 2009) wird festgestellt, dass die meisten der o.g. Krankheitsfälle auf Menschen in der Altersgruppe 65 und älter entfallen. Diese Altersgruppe ist diejenige, die am stärksten unter den im Krankenhaus behandelten Patienten vertreten ist. So belief sich 2009 die Fallzahl der im Krankenhaus behandelten Patienten auf 18,2 Millionen gegenüber 17,0 Millionen im Jahr 2005. Bei der Altersgruppe 65 Jahre betrug die Fallzahl 2009 46.455 Fälle je 100.000 Einwohner (2005 waren es noch 43.774)¹³⁴. Ein anderer, für die Pflege wichtiger Aspekt ist die durchschnittliche Verweildauer. Diese ist im Zeitraum 2005 von 8,6 auf 8,0 im Jahr 2009 zurückgegangen. In dem Bericht *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* werden folgende Aussagen zur Morbidität getroffen¹³⁵. Als positiv zu verzeichnen ist die in den letzten 100 Jahren zu beobachtende sinkende Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. Damit einhergehend richtet sich der Blick heutzutage weniger auf die Vermeidung des Todes als vielmehr auf die Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität (RKI 2008: 43). Im Verhältnis zur Gruppe der Alten wird das Kindes- und Jugendalter als ein relativ gesunder Lebensabschnitt bezeichnet. Aber auch in diesem Lebensabschnitt ist in den letzten Jahrzehnten ein deutlichen Wandel im Morbiditätsspektrum sowie eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen zu bemerken. Aufgrund des qualitativen Wandels wird von einer ‚neuen Morbidität‘ gesprochen. Bei den somatischen Erkrankungen spielen Allergien eine wichtige Rolle. Bei den Akuterkrankun-

¹³⁴ www.gbe_bund.de/00wa921-install/servlet/oowa/aw92, zugegriffen a, 10.12.2011.

¹³⁵ Dieser Bericht basiert auf Daten des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), in dem insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahre erfasst wurden, darunter 8.656 Jungen (49,1%) und 8.985 Mädchen (50,9%) aus verschiedenen Regionen Deutschlands (s. RKI 2008: 7, 14).

gen, die über eine 12-Monats-Prävalenzschätzung ermittelt wurden, werden Atemwegserkrankungen an erster Stelle genannt. Vorkommen und Häufigkeit der verschiedenen infektiösen Erkrankungen variieren nach Alter und Geschlecht. Bei den chronischen Erkrankungen wurden im Rahmen eines standardisierten ärztlichen Interviews bei 13,3 % aller einbezogenen Kinder und Jugendlichen eine obstruktive Bronchitis, bei 13,2 % eine Neurodermitis und bei 10,7 % Heuschnupfen ärztlicherseits diagnostiziert. Ein erhebliches Gesundheitsrisiko stellen Übergewicht und Adipositas dar. Dies ist ein weltweit zu beobachtendes Phänomen von zunehmender Relevanz, da damit das Risiko der Entstehung von Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen steigt (s. RKI 2008: 46). Die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendliche sind Unfälle. Bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit werden in dem Bericht psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Gewalterfahrungen, Essstörungen sowie Risiken und Ressourcen für die gesundheitliche Entwicklung hervorgehoben (s. RKI 2008: 48ff).

Die Notwendigkeit, die Pflegekompetenzen in den beiden Pflegeformen des zu pflegenden Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, soll anhand einiger Fakten aufgezeigt werden. Laut Familienreport 2010 (BMFSfJ 2010: 14) besteht

„die Bevölkerung in Deutschland derzeit zu 19 Prozent aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61 Prozent aus 20 bis unter 65jährigen und zu 20 Prozent aus 65Jährigen und Älteren“.

Weiter wird festgestellt, dass die Altersgruppen der 40-59jährigen zu 80% Kinder und noch mindesten einen Elternteil¹³⁶ haben. Diese Altersgruppe ist sowohl mit der Aufgabe der Kindererziehung als auch mit Pflegeaufgaben befasst. Im Dezember 2007 wurden laut den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder (2010) 68 % der Pflegebedürftigen¹³⁷ zu Hause gepflegt. Dies entspricht 1,54 Millionen Menschen. Hiervon wurden zwei Drittel durch die Angehörigen alleine gepflegt und beim letzten Drittel wurde die Pflege teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste übernommen. Von den pflegenden Angehörigen¹³⁸ sind die Mehrzahl Frauen. Laut dem 7. Familienbericht des BMFSfJ nimmt die Pflege von Familienangehörigen im Lebenslauf von Frauen zumindest seit den 1960er Jahren bis heute einen nicht unbeträchtlichen Raum ein. Sie kann in allen Altersphasen auftreten: bei einigen gleich nach dem Ende der Ausbildung, bei anderen in der intensivsten Familienphase mit kleinen Kindern, bei wiederum anderen später im Lebenslauf und bei vielen als sich wiederholende Zusatzarbeit (vgl. Expertise Müller/Bird/Bohns 2004, zitiert im 7. Familienbericht: 98). Dieser Befund wird durch die Ergebnisse der europäischen Untersuchung MERI¹³⁹ (s. Stiehr/Spindler 2006: 9) bestätigt. In den zwölf untersuchten europäischen Ländern ist die Erwerbsphase von Frauen häufig nicht nur am Anfang durch Erziehungsarbeit, sondern auch am Ende durch unbezahlte Familienarbeit beschnitten. Insbesondere Frauen über 50 leisten den Großteil der unbezahlten, kaum gesellschaftlich anerkannten und oft äußerst belastenden Pflegearbeit für pflegebedürftige ältere Verwandte. Eine andere Gruppe pflegender Angehöriger sind die erst seit kurzem in den Blick geratenen Kinder und Jugendliche als *caregiver* (s. Metzing-Blau/Schnepp 2008a + b). In den letzten Jahren ist der Anteil der Männer, die sich an der häuslichen Pflege beteiligen, nach Schneekloth (2006)

¹³⁶ In der Gruppe der 40-49jährigen haben 82% noch mindestens 1 Elternteil, in der Gruppe der 50-59jährigen jede/r Zweite/r.

¹³⁷ Der im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung verwendete Begriff ‚Pflegebedürftigkeit‘ wird in den deutschen Studien vor allem im Zusammenhang mit den Leistungen der Pflegeversicherung diskutiert. Der alte und der neue Begriff beziehen sich auf Krankheiten und Beeinträchtigungen und abstrahieren von der Notwendigkeit, dass der Mensch die Kompetenz zur Pflege erwerben und erhalten muss.

¹³⁸ Dieser ‚geschlechtsneutrale‘ Begriff der „pflegenden Angehörigen“ hat seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 Eingang in die Amtssprache gefunden. Er kennzeichnet die externe Sichtweise auf familiäre Arbeit. Die damit verbundene zusätzliche Arbeit gehörte in Krankheitsfällen zu den selbstverständlichen Pflichten von Frauen den Kindern und dem Ehemann gegenüber, und sie ging bei Pflegebedarf der eigenen Eltern/Schwiegereltern ebenso selbstverständlich auf die heranwachsende „Gute Tochter“ über (Expertisen Mantl 2004). Wenig ist über den Wandel in der Personenbeteiligung, im Umfang der familial geleisteten Pflegetätigkeiten oder ihrer Lage und Bedeutung für das Familienleben oder den Lebenslauf der Pflegenden vor dieser Zeit bekannt (s. 7. Familienbericht 2006: 96).

¹³⁹ MERI = Mapping Existing Research and Identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe.

von 17% im Jahr 1991 auf 27% angestiegen. Hierbei übernehmen sie vor allem die Rolle des Pflegemanagements, wohingegen sie bestimmte körperbezogene Hilfeleistungen professionellen Diensten überlassen. Eine andere wichtige Gruppe stellen Migrantenfamilien dar (s. Glodny/Razum 2008).

Dem Bericht der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2010) ist zu entnehmen, dass als Folge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft von einem Anstieg des Anteils der pflegebedürftigen Menschen auszugehen ist. Ein anderer zu beobachtender Trend ist die steigende Inanspruchnahme professioneller Dienste. Dies betrifft die Versorgung in Pflegeheimen und die pflegerische Versorgung durch ambulante Pflegedienste, wohingegen die Pflege durch Angehörige bzw. die Zahl der reinen Pflegegeldempfänger leicht zurückgegangen ist. Diese Situation lässt unterschiedliche Interpretationen zu. Sie kann als Hinweis rückläufiger Möglichkeiten der familialen Pflege infolge einer veränderten Familienstruktur, der veränderten räumlichen Nähe der Kinder zu den Eltern, der Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und familiären Aufgaben u.a.m. gedeutet werden. Muster und Art der Pflegearrangements unterscheiden sich laut Statistik in den einzelnen Bundesländern. Die Pflegequote ist bei Männern und Frauen in den einzelnen Altersgruppen mehrheitlich verschieden. Sie steigt rapide in den Altersgruppen 80-85, 85-90 sowie 90 und mehr Jahre an. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist ab der Altersgruppe 75-80 Jahre für Frauen höher als für Männer und steigt in der Altersgruppe 90 und mehr drastisch an. Je nach unterstelltem Szenario - Status quo oder optimistisches Szenario - wird bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg auf etwa 3,37 Millionen Pflegebedürftige gegenüber 2,25 Millionen heute gerechnet bzw. bei einer sinkenden Pflegequote mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2030. Bei Männern ist der Anteil der Pflegebedürftigen im Status-Quo Szenario mit 65% gegenüber 43% bei den Frauen höher. Pflegebedürftigkeit spielt eine große Rolle in der Altersgruppe ab 85 und älter, wohingegen in den anderen Altersgruppen mit einer rückläufigen Pflegebedürftigkeit gerechnet wird. Auch im optimistischen Szenario¹⁴⁰ (sinkende Pflegequote) steigt bei einer insgesamt ‚gedämpft‘ verlaufenden Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit in der Altersgruppe 85 und älter leicht an. Sie liegt etwas höher als in der Status Quo Berechnung¹⁴¹. Diese Daten beschränken sich auf Daten in Zusammenhang mit dem Erhalt von Leistungen entsprechend dem Pflegeversicherungsgesetz. Sie können somit nur Teilaspekte der Pflegeverlaufskurve abbilden (s. Statistische Ämter der Bundes und der Länder 2010). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, ist im Verhältnis zu der Gruppe der alten Menschen relativ gering. Nach Köhlen (2011: 312), die sich auf Daten des Bundesministeriums für Gesundheit vom 31.12.2008 bezieht, erhalten 66.107 (3,1%) der unter 15jährigen Leistungen aus dieser Versicherung. Die Versorgung pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher erfolgt nach den von ihr zitierten Daten vorwiegend ambulant, weniger im stationären Bereich¹⁴².

In der vorliegenden Literatur zur familialen Pflege finden sich Aussagen über den Hilfebedarf, den Zeitbedarf sowie über die Belastungen der pflegenden Personen, aber nur wenig Hinweise in Bezug auf die Kompetenz der Pflegebedürftigen zur eigenen Pflege oder zur Kompetenz der pflegenden Personen zur Pflege anderer Menschen und darüber, wie diese Kompetenzen im Lebenslauf erworben werden, sich verändern etc. (s. bspw. Heinemann-Knoch et al. 2006, Schneekloth 2006). Andreas Büscher und Wilfried Schnepf (2011: 477f) erwähnen eine von Bowers entwickelte Typologie von fünf verschiedenen Arten der Pflege durch Familienangehörige. Diese verweisen weniger auf die Einzeltätigkeit, sondern auf die Intention von Pflegehandlungen. Sie seien hier kurz erwähnt. Hiernach können eine antizipierende, eine präventive, eine beaufsichtigende, eine instrumentelle und eine schützende Pflege unterschieden werden. Nach den Beschreibungen von Büscher/Schnepf erfolgen die ersten beiden Formen seitens der pflegenden Personen verdeckt ohne Wissen der hilfebedürftigen Person. Alle anderen

¹⁴⁰ Hier wird unterstellt, dass sich die Pflegebedürftigkeit mit steigender Lebenserwartung in ein höheres Alter verlagert (s. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 29)

¹⁴¹ Sie beträgt im Jahr 2020 in beiden Szenarien jeweils 41%, 2030 50% zu 48% im Status-Quo-Szenario und 2050 63% zu 59%).

¹⁴² Christine Köhlen (2011) gibt einen Überblick über die Versorgung pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher.

Formen finden offen mit Wissen der zu pflegenden Person statt. Die instrumentelle Form fokussiert in erster Linie auf die Aktivitäten des Lebens. Die schützende Form scheint diejenige zu sein, die die größte Herausforderung darstellt.

8.4.2 PFLEGE UND KRANKHEIT: AUSWIRKUNGEN AUF DIE BEIDEN FORMEN DES PFLEGEHANDELNS UND AUF DIE VERSCHIEDENEN FORMEN DER PFLEGEBEZIEHUNGEN

Im Weiteren soll die zwischen Pflege und Krankheit bestehende Beziehung in Bezug auf die Kompetenzen in beiden Pflegeformen des zu pflegenden Menschen und der pflegenden Person herausgearbeitet werden. Entsprechend den in diesem Kapitel zusammengetragenen Erkenntnissen wird die Fähigkeit/Kompetenz des betroffenen Menschen zur eigenen und zur Pflege anderer Menschen zum Ausgangspunkt der Bestimmung dieser Beziehung genommen. Bei Vorliegen einer Krankheit können diese Fähigkeiten in unterschiedlichem Ausmaß Erschütterungen ausgesetzt sein und zu ihrer Fortsetzung der temporären oder anhaltenden Unterstützung durch Dritte bedürfen. Nach Peplau erfordert eine Krankheit, insbesondere eine chronische, und ein damit einhergehendes temporäres oder dauerhaftes Angewiesensein auf die Pflege Anderer nicht selten eine Veränderung *liebgewordener Gewohnheiten*. Das Auftreten von Krankheit verändert die gewohnten pflegerischen *Handlungsbedingungen* eines Menschen und verlangt ihm in Bezug auf die neuen Umstände *Lernprozesse* oder auch *Anpassungsleistungen* auf verschiedenen (in Tabelle 8.4 aufgeführten), aufeinander bezogenen Ebenen ab, damit der ins Stocken geratene Handlungsfluss und das Leben fortgesetzt werden können

Tab. 8.4: Ebenen, auf denen das Stocken des Handlungsflusses zum Tragen kommen kann + Ebenen, wo die Folgen sichtbar werden

Mensch				
Biologische und soziale Ebenen	Spirituelle/geistige/ symbolische/kulturelle Ebene	Pflege, die auf sich selbst bezogen ist	Pflege, die auf einen anderen Menschen bezogen ist	Ebenen, wo die Folgen beim Handeln spürbar werden
	Person in Beziehung zur Gesellschaft			<ul style="list-style-type: none"> • beim unmittelbaren + reflexiven Handeln (Handlungsformen) • In der Selbstwahrnehmung • Im Empfinden + Einschätzen der eigenen Möglichkeiten
	Person in Beziehung zur Umgebung/Natur			
	Person in Beziehungen zu anderen Menschen			
	Person in Beziehung zu sich selbst			
	Person in Beziehung zum eigenen Körper			
	In Bezug auf die Körperfunktionen			
	In Bezug auf Teile des Körpers			
	In Bezug auf Organsysteme			
	Gewebe			
	Zelluläre Ebene			
	Subzelluläre Ebene			
	Molekulare Ebene			

Je nach Art der Krankheit – akut oder chronisch –, ist der betroffene Mensch gezwungen, sich mehr oder weniger intensiv mit den durch die Krankheit erzwungenen *Änderungsprozessen* auseinanderzusetzen, die sein *Selbst, Selbstkonzept, seine sozialen Identitäten, seinen Körper sowie sein/e Körperbild/er* betreffen. Er muss sich diesen in der einen oder anderen Form stellen, um Einfluss auf sie zu nehmen. Die Krankheit kann zu erheblichen Veränderungen in Bezug auf beide Formen des Pflegehandelns führen, d.h. von einer Situation der Unabhängigkeit hin zu einer Situation der Abhängigkeit von der Pflege Anderer in der auf sich selbst bezogenen Pflege. Änderungen in der in der *Selbstbeziehung* stattfindenden selbstbezogenen Pflege können den betroffenen Menschen im Kern berühren. Die Bewältigung einer solchen Situation ist mit einem Energieaufwand, mit Anstrengungen, mit der Überwindung von eigenen Widerständen, mit dem Verarbeiten von Verlusten etc. verbunden. In dieser Selbstbeziehung hängen die Handlungsmöglichkeiten des betroffenen Menschen u.a. von seiner Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen in Bezug auf *sich Selbst als Objekt* (in Gestalt der verschiedenen ‚Me‘ und Aspekte des Selbst) und in Bezug auf den *eigenen Körper als Objekt* (in Gestalt verschiedener Körperbilder, d.h. vom Körper als Ganzem, von Teilen desselben oder von Vorstellungen von Körperfunktionen). In einer problematischen Pflegesituation geht es darum, inwieweit es dem Menschen beim reflexiven Handeln gelingt,

- aus dem Hier-und-Jetzt-Handeln, dem unmittelbaren Handeln, hervorzutreten,
- zu einer Situationsdefinition und somit zu einer Problemidentifikation zu gelangen,
- sich vermittels des angestrebten ästhetischen Objekts, d.h. über die Konstruktion desselben sich mit diesem zu identifizieren und sich zugleich von sich selbst zu distanzieren, um es dann aus einer hinreichenden Distanz heraus zu analysieren, um mögliche einzuschlagende Handlungsoptionen gedanklich zu erproben, bevor
- die ausgewählte Handlungslinie dann konkret realisiert wird, was bei einem Erfolg zur Fortsetzung des Handelns führt.

Beim Vorliegen von Krankheit kann die Fähigkeit zum reflexiven Handeln infolge der mit der Krankheit verbundenen Schmerzen mehr oder weniger stark beeinträchtigt und im Fall der Bewusstlosigkeit auch ganz ausgeschaltet sein. Aus der Sicht des Royschen Ansatzes kann das adaptive Vermögen des zu pflegenden Menschen in einem, in zwei, drei oder in allen vier Adaptationsmodi beeinträchtigt sein. In einer solchen Situation müssen bisher integrierte Lebensprozesse kompensiert werden oder sind sogar gefährdet. Kompliziert wird das Ganze dadurch, dass die Ergebnisse der selbstbezogenen Pflege der Bewertung durch einen selbst, aber auch durch Andere unterliegen, was wiederum Einfluss auf Folgehandlungen hat. Bei einer solchen Bewertung können die in jedem Handeln liegenden kreativen Momente, die sich aus der *dialogischen Struktur des I und des Me* ergeben und die sich in kleinsten Dingen zeigen können, völlig aus dem Blick geraten. Sie können aber auch Anlass bieten, sich beim nächsten Mal mehr zuzutrauen.

Für den betroffenen Menschen macht sich die Krankheit in den verschiedenen Handlungsformen, d.h. vom unmittelbaren bis zum reflexiven Handeln bemerkbar. Sie berührt das so genannte ‚ästhetische Objekt‘, die damit verbundenen ästhetischen Erfahrungen und assoziierten Werte. Bei der durch die Krankheit ausgelösten Handlungsunterbrechung können sich Emotionen in unterschiedlichem Ausmaß bemerkbar machen. Die ‚gefühlte‘ Handlungsunterbrechung kann in manchen Situationen leicht überwindbar sein. Sie kann aber auch ganz andere Anstrengungen erfordern und/oder zu den unterschiedlichsten Abwehrreaktionen führen. Was letztere betrifft, unterscheidet Peplau zwischen *problemvermeidendem Handeln* und pathologischen Abwehrdynamismen wie zum Beispiel Fixierung, Projektion oder Verdrängung. Sie geht davon aus, dass eine Beziehung zwischen der gewählten Abwehrstrategie und der jeweiligen Selbstsicht des zu pflegenden Menschen besteht. Eine andere Form des Umgangs besteht in einem *problemorientierten Handeln*¹⁴³, das dem oben erwähnten reflexiven Handeln entspricht.

Von den im vorigen Abschnitt genannten Funktionen von Gewohnheiten besteht eine ganz wesentliche darin, dass sich in ihr die Handlungs- und Leistungsfähigkeit des Menschen verkörpert, einschließlich der Fähigkeit, Probleme zu lösen. Bildlich gesprochen wohnen Menschen in ihren Gewohnheiten genauso wie in ihren Körpern. In beiden sind die Erfahrungen des betroffenen Menschen und sein Wissen über sich selbst und seine Welt abgelagert. Der menschliche Körper und die im Laufe des Lebens erworbenen Gewohnheiten in den beiden Pflegeformen sind grundlegende Ressourcen des Menschen, um sich in der Welt zu behaupten. Sie geben ihm eine gewisse Sicherheit, die durch eine Krankheit maßgeblich erschüttert werden kann, wobei das Bild vom eigenen Handlungs- und Leistungsvermögen, von sich selbst, vom eigenem Körper und den verschiedenen sozialen Identitäten ins Schwanken geraten oder gar einstürzen kann (s. auch Kap. 3.4.3). In einer solchen Situation wird darüber hinaus die zwischen gewohnheitsmäßigem Handeln und reflexivem Handeln bestehende Beziehung erschüttert, insofern der betroffene Mensch bei seinen Bemühungen, den unterbrochenen Handlungsfluss wieder in Gang zu setzen, nicht mehr auf die für ihn bis dahin selbstverständlichen Fähigkeiten in den diversen AL zurückgreifen kann. Laut Strauss treten im Krankheitsfall insbesondere jene Gewohnheiten ins Bewusstsein, die durch die Krankheit direkt berührt sind. Dies bringt es mit sich, dass bspw. das Erleiden eines Herzinfarkts für unterschiedliche Menschen mit nicht vergleichbaren Erfahrungen verbunden ist. Es kann nicht davon ausgegan-

¹⁴³ Auch hier nennt sie so genannte ‚normale Abwehrdynamismen‘ wie etwa Identifikation, Substitution oder Rationalisierung.

gen werden, dass die sich in den Gewohnheiten ausdrückende Handlungs- und Leistungsfähigkeit bei allen zu pflegenden Menschen gleich ist, noch ist die Beeinträchtigung in diesen durch eine Krankheit dieselbe. Weiter kann es bei einem Versagen des Körpers zu einer Veränderung der Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung kommen, was Konsequenzen für das weitere Handeln auf verschiedenen Ebenen hat. In Tabelle 8. 4 sind diese in der rechten Spalte zusammengefasst. Mit Blick auf die allgemeine Handlungs- und Leistungsfähigkeit (Performance) des betroffenen Menschen in den beiden Pflegeformen helfen die in Kap. 3.4.4 von Corbin/Strauss¹⁴⁴ (1988/1993: 57/49) erwähnten verschiedenen Dimensionen des Handelns¹⁴⁵, die Auswirkungen der Krankheit auf die auf sich selbst und auf Andere bezogene Pflege der betroffenen Person einzuschätzen:

1. Handeln für sich selbst
2. für die anderen
3. vor den anderen
4. mit den anderen
5. durch die anderen
6. das äußere Erscheinungsbild der Handlung
7. und das Erscheinungsbild des Handelnden.

Diese Dimensionen werden beim Handeln auf unterschiedlichste Art und Weise kombiniert, wobei sich ein erfolgreiches Pflegehandeln positiv auf das Selbst, auf das Selbstkonzept, die Identitäten und das jeweilige Körperbild auswirkt, während diese bei erfolglosem Handeln in Frage gestellt werden und zu entsprechenden Abwehrstrategien führen können. In diesem Zusammenhang verweist der Begriff der ‚Performance‘ (Durchführung) zum einen auf die Fähigkeit, eine bestimmte Handlung auszuführen, zum anderen auf das für Andere beobachtbare Erscheinungsbild dieses Handelns. Dieses wiederum kann Andere zu vielfältigen Handlungsweisen auffordern (s. auch Thorne 1993, Corbin/Strauss 1988).

Die Auswirkungen von Krankheit auf die Pflege sind bis hier vor allem aus der Sicht der Kompetenz zur auf sich selbst bezogenen Pflege betrachtet worden. Dies ist aber nur eine Seite. Sie können sich genauso gut auf die Fähigkeit des zu pflegenden Menschen zur Pflege anderer Menschen auswirken, indem sie diese beeinträchtigt oder im schlimmsten Fall zum völligen Erliegen bringt. In diesem Kapitel ist verschiedentlich darauf hingewiesen worden, dass die Kompetenz zur Pflege anderer Menschen in der Gesellschaft offensichtlich je nach Geschlechtszugehörigkeit anders ein- und abgefordert wird. Ungeachtet dessen kann die Beeinträchtigung dieser Fähigkeit Folgen für die diversen sozialen Beziehungen und sozialen Rollen/Funktionen eines Menschen haben und die Neukonfiguration von Pflegearrangements verlangen. So kann es etwa zur Veränderung bestehender Pflegearrangements kommen, und wie im Fall von Kindern bzw. Jugendlichen als Pflegenden können sich zuvor bestehende Abhängigkeitsverhältnisse in Pflegebeziehungen umkehren (s. Metzging-Blau 2007, Metzging-Blau/Schnepp 2008a + b). Weiter kann die krankheitsbedingte temporäre oder dauerhafte Abhängigkeit von der Pflege dazu führen, dass die Fähigkeit des betroffenen Menschen zur auf sich selbst bezogenen und zur Pflege Anderer in einer *Selbst-Anderen-* bzw. in einer *zwischenmenschlichen Beziehung* mit vertrauten oder fremden Personen zusätzlich zu den Auswirkungen der Krankheit als Folge des interpersonellen Handelns und der damit verbundenen Beziehungsdynamik, der vorherrschenden Beziehungsmuster und der Fähigkeit der involvierten Personen zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen beeinträchtigt, eingeengt oder erweitert wird.

¹⁴⁴ Es werden hier nicht alle Aspekte referiert, auf die Corbin/Strauss eingehen. Sie haben den kranken Menschen und Körper zum Ausgangspunkt ihrer theoretischen Reflexionen und empirischen Erkenntnisse genommen, wohingegen in dieser Arbeit, die wichtige Inspirationen aus den Arbeiten von Strauss et al. (1985), Strauss (1993) und Corbin/Strauss (1988, s. vor allem Kap. 4-6) erhalten hat, der gesunde Mensch und Körper Ausgangspunkt der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns ist.

¹⁴⁵ Wenn der als selbstverständlich erachtete Fluss der täglichen Handlungsrouninen (wie Essen, Körperpflege, seinem Beruf nachgehen usw.) ins Stocken gerät, kann das Ausmaß der benötigten Anpassungsleistungen sehr unterschiedlich ausfallen, und zwar danach, ob es sich um eine akute oder eine chronische Erkrankung handelt und danach, welches Image mit dieser Krankheit in einer Gesellschaft verbunden wird.

Die pflegende Person ist auf die Kenntnis der charakteristischen Handlungsmuster bzw. Gewohnheiten in den AL des zu pflegenden Menschen angewiesen, um diesen bei den von ihm zu leistenden Bewältigungsprozessen unterstützen und um entsprechende Lernprozesse initiieren zu können. Weiter muss sie ein Verständnis davon entwickeln, welche Funktion diese Gewohnheiten für den Menschen in den für ihn bedeutsamen Lebenszusammenhängen haben, wie er sie mit Aspekten seines Selbst (z.B. Identitäten, Selbstsichten) verknüpft, welche Körperbilder damit bedient werden, was er mit ihnen verbindet und welche Werte sie für ihn darstellen. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Gewohnheiten dem Menschen eine gewisse Sicherheit und Zuversicht in sein eigenes Handlungs- und Leistungsvermögen geben, liegt auf der Hand, dass der pflegerische Blick – von Laien wie Professionellen – notwendigerweise über das Erkennen von Krankheitssymptomen und das Verständnis von Krankheitsprozessen hinausgehen muss. Nur so kann die Aufmerksamkeit auf Prozesse gelenkt werden, die zur Förderung und Stärkung der Adaptationsfähigkeit des betroffenen Menschen beitragen. Die von Roy beschriebenen Adaptationsniveaus, die die Bedingungen von integrierenden, kompensierenden und gefährdeten Lebensprozessen darstellen, bieten bei der Einschätzung der *„Handlungsperformance“* in den beiden Pflegeformen eine erste Orientierung zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs der vom Menschen in Gang gesetzten Bewältigungsmechanismen auf physiologischer Ebene sowie zur Ermittlung der ihm auf der psychosozialen Ebene abverlangten vielfältigen Anpassungsleistungen (s. Kap. 6, Pkt. 8.3.2). Wie dieses Kapitels zeigt, muss das von Roy vertretene Verständnis von Adaptation aus pragmatistischer Sicht erweitert werden. Hiernach beginnt das Verlernen von Gewohnheiten und das Erlernen neuer Gewohnheiten des zu pflegenden Menschen auf der emotionalen Ebene. Bei den zu initiierten Lern- und Adaptationsprozessen müssen die entwicklungsgeschichtlichen Phasen des Meadschen Handlungsmodells, die emotionale, die ästhetische und die intellektuelle Phase berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist die Kenntnis der in den AL erworbenen Gewohnheiten und Kompetenzen in den beiden Pflegeformen ebenso wichtig, wie dem Erkennen der adaptiven Verhaltens- und Handlungsweisen des zu pflegenden Menschen höchste Priorität zukommt. Bilden erstere die Basis für die unter veränderten Bedingungen fortzusetzende Pflege, verweisen die adaptiven Handlungsweisen im pragmatistisch-interaktionistischen Sinn auf die Fähigkeiten des betroffenen Menschen zum situierten Problemlösen, d.h. zum reflexiven Handeln. Da das gewohnheitsmäßige und reflexive Handeln aufeinander bezogen sind und das eine nicht ohne das andere geht, sind beide Fähigkeiten unverzichtbare, in der Pflege zu nutzende Ressourcen. Die Modifikation, Rekonstruktion und Rehabilitation beeinträchtigter Gewohnheiten und Kompetenzen ist ohne deren Einbeziehung schlechterdings nicht möglich. Um diesen Aspekt zu stärken, gilt es, das Roysche Verständnis von Adaptation darüber hinaus um die edukative Funktion zu erweitern. Peplau hat diese Funktion in der Beziehung zum zu pflegenden Menschen der Pflegekraft zugewiesen, wobei die Pflegekraft entsprechend der Entwicklung der Pflegebeziehung unterschiedliche, situativ gebundene Rollen einnehmen kann (s. Kap. 5.4.4). Diese Funktion kommt im Meadschen Verständnis zunächst den Eltern zu, bevor sie als *Selbstedukation* in das eigene pflegerische Handlungsrepertoire übernommen und bei der Pflege Anderer genutzt werden kann. Adaptation ist im pragmatistischen Verständnis auf der Handlungsebene immer mit Lernen verbunden. So haben die Pragmatisten Darwins Konzept der Adaptation auf soziale Intelligenz bezogen. Soziale Intelligenz wird nach Mead durch fortwährende Adaptation möglich. Vor dem Hintergrund seines Zeitverständnisses, das am Problem der Kontinuität ansetzt, befasste er sich mit der grundlegenden Frage, wie Kontinuität mit Wandel vereinbar ist (s. Oelkers o. Jahr b: 14). Der edukativen Funktion¹⁴⁶ kommt beim Erlernen von adaptiven Fähigkeiten, wozu das reflexive Handeln gehört, offensichtlich eine wichtige Rolle zu. *Selbstedukation* steht demnach in Beziehung zu der Notwendigkeit des Menschen, in den einzelnen AL Fähigkeiten/Kompetenzen unterschiedlichster Art so auszubilden, dass sie zu selbstverständlichen Gewohnheiten werden. Sie kommt bei der *Habitualisierung menschlicher Gewohnheiten zum Tragen*, bei ihrer *Modifizierung, Rekonstruktion, De-habitualisierung*, aber auch bei ihrer

¹⁴⁶ Die edukative Funktion der Eltern gegenüber dem Kind wurde als eine beschrieben, wonach diese die Welt für das Kind arrangieren, indem sie vom Bekannten langsam zum Unbekannten fortschreiten. Das bewusste Durchlaufen der verschiedenen Wahrnehmungsformen – emotionale, ästhetische und analytische Wahrnehmung – beim reflexiven Handeln bietet eine Plattform, sich mit dem Neuen und Unbekannten emotional zu erfassen, eine Vorstellung davon zu entwickeln, um im nächsten Schritt zu untersuchen, wie das Neue/Unbekannte gehandhabt werden kann.

Re- oder Neuhabitualisierung. Sie ermöglicht die Entwicklung von Strategien, Techniken und den Einsatz von Hilfsmitteln, die nicht nur für beide Formen pflegerischen Handelns wichtig sind, sondern auch für erforderliche Anpassungen (s. Kap. 3.4.3: 116). So gesehen ist die edukative Funktion eine wichtige Teilkompetenz der auf sich selbst und auf andere Menschen bezogenen Pflege. Die Fähigkeit hierzu muss demnach von allen Menschen ausgebildet werden. Hierzu bedarf es, worauf Peplau hingewiesen hat, solcher Beziehungen, die ein Maß an ‚Sicherheit und Vertrauen‘ vermitteln, um sich auf ungewohnte Gebiete zu wagen. Dies trifft erst recht im Fall von Krankheit zu.

Dass die Arbeit an den beiden Pflegeverlaufskurven und am Selbst ganz allgemein und erst recht durch das Auftreten von Krankheit und deren Auswirkungen ein komplexes Unterfangen ist, ergibt sich daraus, dass der zu Pflegende im Krankheitsfall mit *von ihm selbst zu bewältigenden Änderungsprozessen seines Selbst und Körpers* konfrontiert wird. Dies ist der Besonderheit der zentralen pflegerischen Objekte – dem Selbst und dem Körper – geschuldet. Dies berührt auch die Arbeit derjenigen, die den zu pflegenden Menschen bei der auf ihn selbst bezogenen Pflege und/oder bei der Pflege Anderer unterstützen. Sie müssen lernen, dass sie dem zu Pflegenden die von ihm selbst zu leistende Arbeit, auch wenn sie alle Dinge für ihn ausführen, nicht abnehmen, sondern ihn nur dabei unterstützen können. Wie schon erwähnt, können die Folgen, die die Krankheit für den betroffenen Menschen nach sich zieht, die pflegenden Personen zu sehr verschiedenen Handlungsweisen veranlassen. Für die pflegenden Personen ist es wichtig anzuerkennen, dass die zu pflegende Person je nachdem, wo auf der Lebensspanne sie sich befindet, entweder noch Fähigkeiten in den beiden Pflegeformen ausbilden muss oder bereits darüber verfügt. Im letzten Fall tritt die pflegende Person dem zu pflegenden Menschen mehr oder weniger als *Experte*¹⁴⁷ in der auf sich selbst und auf Andere bezogenen Pflege gegenüber. Die Aufgabe der Pflegenden besteht darin, ein entsprechendes Umfeld zu schaffen, das die erforderlichen Lern- und Adaptationsprozesse des zu Pflegenden auf breiter Front unterstützt.

Ein anderes Thema ist, dass diejenigen, die mit der Pflege¹⁴⁸ eines zu pflegenden Menschen konfrontiert sind, sich mit der Funktion des Selbst als Anti-Angst-System auseinandersetzen müssen. Krankheit löst beim Menschen tendenziell Angst aus, und es ist laut Peplau nicht möglich, in einer Pflegesituation Phänomenen des Selbst bzw. des Selbst-Systems zu enttrinnen. Pflegende und erst recht professionell Pflegende müssen sich bewusst sein, dass die Angst¹⁴⁹ des zu pflegenden Menschen durch ihr Verhalten verstärkt werden kann. Sie können durch ihr Handeln die Sicht des zu pflegenden Menschen auf sich selbst verstärken und das daraus resultierende Handeln bei Nichtbeachtung in ein krankmachendes Verhalten statt in gesundheitsfördernde Bahnen lenken. Die in Kap. 5 erwähnten Studien zeigen, dass dieses relativ schnell geht. Durch ihr Handeln kann die pflegende Person das Handeln des zu pflegenden Menschen bestätigen, es ablehnen oder sich indifferent dazu verhalten. Die Crux ist, dass dies im Krankheitsfall für den zu Pflegenden eine höchst prekäre Situation darstellt, da er aufgrund der beim Handeln wirkenden *selektiven Aufmerksamkeit* besonders empfänglich für kleinste Hin-

¹⁴⁷ Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen werden seit einigen Jahren so genannte ‚Chronic Disease Self-Management Programme‘ oder ‚Expert Patients Programme‘ diskutiert. Hinter diesen Begriffen verbergen sich unterschiedliche Ansätze (s. Thorne 2008, Wilson/Kendall/Brooks 2007, Müller-Mundt 2011). Die verschiedenen Ansätze haben dazu beigetragen, den Blick dafür zu öffnen, dass ein Großteil des Krankheitsmanagements nicht im Rahmen eines Arztbesuches erfolgt, sondern auf den Schultern der chronisch Kranken und ihrer Familien lastet. Sally Thorne (2008: 10) kritisiert, dass diese Ansätze nach wie vor an der jeweiligen Krankheit orientiert sind. Sie fordert eine erweiterte Begriffsbildung, die sie mit dem von ihr induktiv entwickelten Konzept des ‚Everyday-Self-Care-Decision-Making‘ anzubieten glaubt. Riegel/Lee/Dickson (2011) klassifizieren die ‚Self-care‘ von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Sie unterscheiden ‚self-care-experts‘, ‚inconsistent self-carers‘ und ‚self-care novices‘. Riegel et al. (ebenda) bestimmen den Begriff der ‚self-care‘ als Entscheidungsfindung in Bezug auf die Auswahl positiver Gesundheitspraktiken, der ‚self-care-maintenance‘, und von Verhaltensweisen, die dem Management von Krankheitsanzeichen und –symptomen sowie der Erkrankung dienen, dem ‚self-care-management‘. Grey/ Knafl/McCorkle (2006) erweitern in den von ihnen entwickelten Forschungsbezugsrahmen den Begriff des Self-Managements bei chronischen Erkrankungen um den Begriff des Familienmanagements.

¹⁴⁸ Deshalb muss die Pflegekraft mit dem Phänomen der Angst umgehen können.

¹⁴⁹ Angst etwa vor einer dauerhaften Abhängigkeit von der Pflege Anderer.

weise ist, die seine momentane Sicht auf sich selbst verstärken¹⁵⁰. Diese Situation verlangt insbesondere den professionellen Pflegekräften eine gewisse Wachsamkeit in Bezug auf ihr interpersonales und kommunikatives Handeln ab (s. auch Thorne et al 2005, Stajduhar et al. 2010).

Grundsätzlich können die pflegenden Personen durch ihr Handeln dazu beitragen, den zu pflegenden Menschen zu befähigen, die mit dem pflegerischen Handeln verbundenen Erfahrungen in sein Leben zu integrieren. Wie wichtig es ist, die zu pflegende Person ins Zentrum des pflegerischen Handelns, insbesondere der professionellen Pflege zu stellen, zeigen vor allem Studien über Menschen mit chronischen Erkrankungen¹⁵¹, aber auch Studien im Bereich der neonatologischen Pflege (s. auch Kap. 7). Neuere Studien zu Family Centered Care (FCC) weisen auf die negativen Folgen eines zu engen Pflegeverständnisses seitens der Pflegekräfte, aber auch von ForscherInnen hin. Ein solches kann dazu führen, nur die Mütter in die Versorgung einzubeziehen bzw. im Blick zu haben, während die Rolle der Väter in Bezug auf die Pflege des Kindes ausgeblendet wird. Verschiedene Arbeiten in diesem Bereich unterstreichen nicht nur die Notwendigkeit, beide Elternteile aktiv in die Pflege des Kindes mit einzubeziehen, sondern auch die Folgen, die ein Unterlassen für die Übernahme der Elternrolle¹⁵² hat (s. Nargorski Johnson 2008, Pohlmann 2009, Fegran/Helseth 2009). Barbara Paterson (2004: 22f) zeigt anhand ihres auf der Basis ihrer Metaanalyse von Forschungen über chronisch Kranke entwickelten Modells der ‚wechselnden Perspektiven‘ auf, wie wichtig es ist, in der Pflege wechselnde Perspektiven einzunehmen. Danach kann man sich das Leben mit einer chronischen Erkrankung als einen fortwährenden kontinuierlichen Prozess von sich abwechselnden Perspektiven vorstellen, wo einmal die Krankheit, ein anderes Mal das Wohlbefinden im Vordergrund steht. Es liegt auf der Hand, dass alles dieses Folgen für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und der des Selbst der betroffenen Personen hat. Es zeigt sich damit, dass erst auf Basis der Kenntnis dessen, wie sich das Krankheitsgeschehen und die Behandlung auf beide Formen des Pflegehandelns auswirken, seitens der professionellen Pflege die **erforderliche Modifikation, Rekonstruktion und Re-Habitualisierung der Kompetenzen zur auf sich selbst und auf Andere bezogenen Pflege bzw. deren De-Habitualisierung und das Neuerlernen entsprechender Kompetenzen** eingeleitet und begleitet werden kann. Diese Kompetenzen sind, wie gezeigt, in den Lebensgewohnheiten der Menschen, d.h. in den einzelnen AL verkörpert. Sie stehen darüber hinaus in Beziehung zu einer Vielzahl von Rollen/Funktionen, die der zu pflegende Mensch in den sozialen Welten/Arenen einnimmt und die ihm in den verschiedenen Handlungssituationen abverlangt werden. Deren Ausübung ist durch eine Krankheit potenziell gefährdet. Dieser Sachverhalt ist bei der anstehenden Rehabilitation der Kompetenzen in beiden Pflegeformen ebenso zu berücksichtigen, wie der Umstand, dass dem Menschen durch die Krankheit neue Rollen zuwachsen. Das Erleben eines Statuswechsels und die Erfahrungen der Transition können ebenfalls Einfluss auf seine Kompetenz zur selbstbezogenen und zur auf andere Menschen bezogenen Pflege und damit auf sein Selbst haben. Dieser Zusammenhang wird bei King über das Konzept der Rolle im interpersonalen System angesprochen, bei Roy vor allem über den Adaptationsmodus der Rollenfunktion und bei Peplau über die vom Menschen zu bewältigen Aufgaben, insbesondere über die Fähigkeit zur Partizipation.

¹⁵⁰ Peplau, aber insbesondere King haben auf die Notwendigkeit hingewiesen, Pflege und Krankheitsphänomene in einem über die engere professionelle Pflegebeziehung hinausgehenden Kontext zu deuten, d.h. vor dem Hintergrund des Lebens des zu pflegenden Menschen, da pflegerische Erfahrungen und Krankheitserfahrungen in dieses Leben integriert werden müssen.

¹⁵¹ Lomborg et al (2005, und Lomborg/Kirkevold (2005/2007) zeigen am Beispiel der assistierten persönlichen Körperpflege (d.h. einem Bad oder der Ganzkörperwäsche im Bett) von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) auf, wie komplex das Pflegehandeln seitens der zu pflegenden wie der pflegenden Person ist. In der von ihnen untersuchten Patientengruppe bedingte die Atemnot der zu pflegenden Menschen deren Wohlbefinden und die Rolle bei der Körperpflege, d.h. das das Pflegehandeln an die funktionellen Möglichkeiten des Patienten angepasst werden musste, um das Risiko der Kurzatmigkeit und Atemnot zu minimieren. Sie weisen u.a. auf die Bedeutung der wechselseitigen und situativen Anpassung von Patient und Pflegekraft während des Waschvorgangs hin und wie eine solche aufgrund fehlender Kenntnisse der Pflegekraft über die aktuelle Situation des Patienten beeinträchtigt werden kann, was Folgen für beide in Bezug auf ihre Erfahrungen einer unterstützenden Körperpflege hätte.

¹⁵² An dieser Stelle wirken auch vergeschlechtlichte traditionelle Vorstellungen von der Rolle von Frauen und Männer, die dazu führen, die Aufmerksamkeit primär auf die Mutter zu lenken.

Ganz allgemein kommt es im Krankheitsfall zum Zusammentreffen verschiedener, sich gegenseitig bedingender Verlaufskurven: die Pflegeverlaufskurve der auf sich selbst bezogenen Pflege des Betroffenen, die Aktivierung der Pflegeverlaufskurven anderer Menschen, in deren Mittelpunkt die Pflege des kranken Menschen steht, und je nach Situation die Initiierung einer Krankheitsverlaufskurve oder die Reaktivierung einer im Hintergrund gehaltenen Krankheitsverlaufskurve. Zudem können über die Krankheit und die zu ihrer Behandlung notwendigen Technologien die Verlaufskurven im Zusammenhang mit technischen Geräten und Hilfsmitteln hinzukommen, die neben dem Erlernen ihrer Handhabung und der technischen Weiterentwicklungen den Betroffenen fortwährende Anpassungen abverlangen (s. Mathar 2010). Ein anderer Aspekt ist der, dass die fortwährenden Reorganisationen im Gesundheitswesen, die zu einer Verlagerung von Aufgaben auf die Betroffenen führen, neue Formen der Zusammenarbeit und Kooperation zwischen der zu pflegenden Person und dem System der professionellen Gesundheits- und Pflegeanbieter mit sich bringen (s. Allen 2009). Diese mit der Krankheit verbundenen Verlaufskurven verschränken sich mit den Pflegeverlaufskurven und der Verlaufskurve des Selbst sowie je nach der Position auf der Lebensspanne mit weiteren Verlaufskurven wie bspw. der Erwerbsverlaufskurve.

Hieraus folgt, dass das pflegerische Handeln ganz allgemein und die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst nicht nur in einer eins-zu-eins-Beziehung, sondern in einem Netz von Beziehungen gesehen werden müssen. Die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst überschreitet gewissermaßen den persönlichen und privaten Raum. Sie umspannt, worauf King mit den von ihr beschriebenen Systemen hinweist, letzten Endes den gesamten gesellschaftlichen Raum. Wird Kings Theorie der Zielerreichung, verstanden als Theorie des kooperativen Handelns, konsequent auf die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven übertragen, dann gilt es, die bei dieser Arbeit stattfindenden **Transaktionen**, die beim *Vermitteln, Aneignen, Aufrechterhalten, Modifizieren, Rekonstruieren, Weiterentwickeln und Rehabilitieren pflegerischer Kompetenzen* in Bezug auf spezifische Handlungsrollen vollzogen werden und die damit verbundenen **Aushandlungsprozesse** genauer zu betrachten. Unter Punkt 8.1 wurden Kings personales, interpersonales und soziales System, verstanden als Handlungssysteme, aus der Perspektive des Konzepts der ‚sozialen Welten/Arenen‘ neu gedeutet. An dieser Stelle ist nunmehr ein weiterer Schritt zu tätigen, insofern als die Theorie der Zielerreichung um das Konzept der ‚ausgehandelten Ordnung‘ (*negotiated order*) und des ‚strukturellen Ordners‘ (s. Strauss 1993: 58f; 248ff) erweitert wird. Auf diese Weise werden die bei King unterstellten Prozesse des Aushandelns von Zielen zwischen der zu pflegenden und der pflegenden Person einschließlich der eingeschlagenen Strategien wie *überzeugen, manipulieren, erziehen, nötigen, täuschen, stärken etc.* in einen größeren gesellschaftlichen Kontext gestellt und in Bezug auf **kollektives Handeln** erweitert. Die Aushandlungsprozesse führen somit im familiären Kontext und in anderen gesellschaftlichen Institutionen nicht nur zu dem angestrebten Ziel der Fähigkeit zur auf sich selbst wie auf Andere bezogenen Pflege, sondern auch zur Herausbildung und Reproduktion von spezifischen Pflegearrangements einschließlich entsprechender Beziehungsmuster zwischen den involvierten Personen. Es ist von größter Bedeutung, die Pflege/das Pflegehandeln nicht nur in einer eins-zu-eins-Beziehung oder im familiären Kontext zu denken, sondern mit Blick auf komplexere Pflegearrangements auch im kollektiven Raum¹⁵³. Die in diesen Aushandlungsprozessen zum Tragen kommenden Strategien, die Strauss (1993: 59, 1994: 81, 83) als interaktionale Prozesse beschreibt, dienen dazu, die erforderlichen pflegerischen Arbeitsprozesse¹⁵⁴ zu ermöglichen bzw. zu erweitern. Diese Aushandlungsprozesse erfolgen in Bezug auf pflegerische Fragen sowohl in privaten wie in öffentlichen Arenen, wobei die involvierten Personen als Mitglieder verschiedener sozialer Welten und in verschiedenen sozialen Rollen oder Funktionen aufeinander treffen.

¹⁵³ Hierzu gehört auch die gesellschaftliche Organisation von Pflegearrangements in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc.

¹⁵⁴ Hierzu zählt er u.a. die Artikulation von Aufgaben, das Bereitstellen und Instandhalten von Mitteln, die Arbeitsteilung und Zuweisung von Aufgaben, die Durchführung von Aufgaben, die Überwachung und Bewertung der Arbeitsleistung (s. Strauss 1994: 83).

Bevor hier die wichtigsten Punkte einer pragmatistischen Theorie des Pflegehandelns zusammen gefasst werden, sollen unter Einbeziehung der Erkenntnisse der untersuchten Pflegetheorien Eckpunkte einer pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des professionellen Pflegehandelns abgeleitet werden.

8.5 ECKPUNKTE EINER PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHEN THEORIE DES PROFESSIONELLEN PFLEGEHANDELNS

Im Mittelpunkt einer pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des professionellen Pflegehandelns steht die Entwicklung professioneller Pflegekompetenzen und damit die Professionalisierung der auf andere Menschen bezogenen Pflegekompetenz. Ausgangspunkt und Gegenstand einer diesbezüglichen Entwicklung zur Kunstfertigkeit/Expertise oder Könnerschaft ist die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven des zu pflegenden Menschen und/oder seiner Bezugspersonen sowie an den dabei im Mittelpunkt stehenden auf ihn selbst bezogenen Pflegekompetenzen in den AL, in Bezug auf sein Selbst, sein Selbstkonzept und Körperbild einschließlich seiner auf andere Menschen bezogenen Pflegekompetenzen. Die Kompetenzen des pflegenden Menschen in den beiden Pflegeformen konkretisieren sich in Bezug auf die AL des zu pflegenden Menschen, die wiederum vielfältige Bezüge zu seinen diversen sozialen Rollen/Funktionen und seinen sozialen Identitäten haben.

Der *Zugang zum zu pflegenden Menschen* erfolgt – außer in akuten lebensbedrohlichen Situationen - nicht primär über die Krankheit, sondern *über seine Kompetenzen zur auf sich selbst bezogenen und zur Pflege anderer*. Die Zurkenntnisnahme dieser Kompetenzen ist die Voraussetzung, um die Auswirkungen der Krankheit bzw. der Krankheiten (Multimorbidität), der damit verbundenen medizinischen und der Therapien anderer Gesundheitsberufe auf die Pflegekompetenzen des zu pflegenden Menschen in den beiden Pflegeformen und somit auf die Arbeit an seinen Pflegeverlaufskurven, am Selbst und an seiner/seinen Krankheitsverlaufskurve/n bestimmen zu können.

Pflege ist grundsätzlich ein *Handeln in Beziehungen*. Bei der professionellen Pflege werden i.d.R. Beziehungen zu Menschen aufgenommen, mit denen die professionelle Pflegekraft nicht in einem Verwandtschafts-, Freundschafts-, oder Partnerschaftsverhältnis steht. Die eingangs dargestellten familiären Rahmenbedingungen der Pflege können nicht einfach auf die professionelle Pflege im institutionellen Kontext Krankenhaus übertragen werden. Stattdessen müssen gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen vergleichbare Rahmenbedingungen hergestellt werden, um die zentrale Aufgabe der professionellen Pflege, d.h. die Unterstützung des zu pflegenden Menschen bei der *Modifikation, Rekonstruktion, De- und Rehabitualisierung von Kompetenzen* und ggf. *des Neuaneignens von Kompetenzen in beiden Pflegeformen* wahrnehmen zu können. Im Gegensatz zum Ansatz von Roy, in dessen Mittelpunkt menschliche Adaptationsprozesse und das adaptive Verhalten/Handeln im Zusammenhang mit Gesundheit/Krankheit stehen, wird das adaptive Handeln in der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns an die Kompetenzen des zu pflegenden Menschen und der Pflegepersonen in beiden Pflegeformen zurückgebunden. Dem pragmatistischen Verständnis zufolge kann dieses Handeln, das sowohl problemorientiert wie problemvermeidend sein kann, nicht losgelöst von der jeweiligen Pflege-Handlungslinie und dem angestrebten ästhetischen Objekt der Pflege verstanden werden. So gesehen knüpft die professionelle Pflege an die Fähigkeiten der zu pflegenden Person und/oder ihrer Bezugspersonen an. Sie ist insofern immer auf den *„erweiterten Einzelfall“*, d.h. auf die zu pflegende Person in ihrem komplexen Beziehungsnetz bezogen. Dies hat Konsequenzen für die Organisation der pflegerischen Arbeit, für die Beziehungsgestaltung und für die im Beziehungsgefüge von der professionellen Pflegekraft einzunehmenden Rollen. Diese ergeben sich aus dem Unterstützungsbedarf des zu pflegenden Menschen bei seiner Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und an der des Selbst. Kompliziert wird das Ganze dadurch, dass die professionelle Pflege in einem komplexen Organisationsgefüge erfolgt.

Im vorliegenden Kapitel hat sich gezeigt, dass menschliches Handeln als kooperatives Handeln, etwa die Pflege von Menschen, ganz allgemein mit Adaptations- und Lernprozessen für die daran Beteiligten verbunden ist. In Bezug auf die von der Pflegekraft zu initiiierenden Lernprozesse hat Peplau einen aus acht Phasen¹⁵⁵ bestehenden Lernprozess beschrieben (s. Kap. 5: 47f), in dessen Mittelpunkt die vom zu pflegenden Menschen zu modifizierenden, zu verlernenden, zu rehabilitierenden und/oder neu zu erlernenden Kompetenzen stehen. Wie mehrfach betont, hat Peplau den Fokus auf das interpersonelle Geschehen und Lernen gelegt. Dieser Fokus wird in der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des professionellen Pflegehandelns erweitert, insofern das Handeln der in die Pflege involvierten Menschen aus den verschiedenen Pflegebeziehungen – aus der Selbst-Selbst-Beziehung, der Selbst-Objekt-Beziehung sowie aus den Selbst-Anderen Beziehungen im Kontext der Arbeit an den beiden Pflegeverlaufskurven gedeutet wird. Zudem liegt der Fokus hier vor allem auf der Beziehung, die zwischen dem gewohnheitsmäßigen und dem reflexiven Handeln in Bezug auf das ästhetische Objekt der Pflege besteht, d.h. in Bezug auf das Selbst und den Körper. Um die beschriebenen Aufgaben wahrzunehmen, muss die professionelle Pflegekraft gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen das von ihm angestrebte ästhetische Objekt bestimmen, um anhand der vorhandenen Kompetenzen sowohl des zu pflegenden Menschen wie ihrer eigenen die mit ihm bzw. ihr einzuschlagende Handlungslinie erarbeiten, überprüfen und umsetzen zu können. Kompliziert wird das Ganze dadurch, dass das Pflegehandeln des zu pflegenden Menschen im Kontext eines Beziehungsgefüges zu sehen ist. So kann etwa eine Situation vorliegen, in der der zu pflegende Mensch ein Teil der auf sich selbst bezogenen Pflege übernimmt, während ein anderer Teil von anderen Personen (Vertrauten wie Fremden) übernommen wird. Pflegehandeln als Handeln in einem komplexen Beziehungsgefüge ist aufgrund der hierbei einzunehmenden unterschiedlichen, situations- und kontextgebundenen Rollen höchst variabel, schwer vorhersagbar, vielfältig und vielschichtig.

In den in dieser Arbeit untersuchten pflergetheoretischen Ansätzen wurden von den Autorinnen zentrale Kompetenzen identifiziert, über die eine professionelle Pflegekraft verfügen sollte. Diese sind für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst der in eine Pflegebeziehung involvierten Personen wichtig. Laut Peplau werden der Pflegekraft zwei unterschiedliche, aufeinander bezogene Kompetenzen abgefordert, **Selbstkompetenz**¹⁵⁶ und die **Kompetenz zur Urteilsbildung und Entscheidungsfindung**¹⁵⁷. Verweist die erstgenannte Kompetenz auf die von der professionellen Pflegekraft geforderte Arbeit an der Verlaufskurve des eigenen Selbst, kann dieser Gedanke auch auf die Arbeit an ihren eigenen Pflegeverlaufskurven ausgedehnt werden. Der von allen Pflergetheoretikern mehr oder weniger deutlich formulierte Anspruch des *„therapeutic use of self“* bedingt eine **kritische Reflexion der geleisteten Arbeit**. Diese Reflexion ist nicht nur eine Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Selbstkompetenz und der Kompetenzen in den beiden Pflegeformen, sondern auch für die Kompetenzen der Urteilsbildung und der Entscheidungsfindung. Die letztgenannte Kompetenz vermittelt zwischen dem zu Pflegenden und der Pflegekraft. In ihr kommt das Wissen zum Tragen, das eine Pflegekraft von der spezifischen Pflegesituation und den Kompetenzen des zu Pflegenden hat, sowie ihre Fähigkeit, dieses mit ihrem professionellen Wissen von pflegerischen Situationen, pflegerischen Phänomenen/Objekten und Krankheitsprozessen in Beziehung zu setzen und daraus ihr Handeln abzuleiten. Beide Kompetenzen setzen eine entwickelte Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen voraus und sind daran gebunden.

¹⁵⁵ Hierzu zählen: Beobachtung, Beschreibung, Analyse, Formulierung, Validierung, Prüfung, Integration und Nutzung. Auch Roy und King sprechen von zu initiierenden Lernprozessen. Insgesamt ist der bildende Aspekt der Pflege in Bezug auf Gesundheit in der amerikanischen Pflege stark verankert. Dies ist im deutschsprachigen Raum nicht gleichermaßen der Fall, stattdessen ist das Thema der Patientenedukation ein von der Pflege erst noch zu besetzendes und zu entwickelndes Feld (s. auch Müller-Mundt 2011).

¹⁵⁶ Peplau fordert von der Pflegekraft eine kontinuierliche Selbstbeobachtung, damit sie ihre eigenen Interaktionsmuster in Bezug auf die von ihr zu pflegenden Menschen erkennt.

¹⁵⁷ Diese Kompetenz wird von allen als wichtig erachtet. Roy unterscheidet die diagnostische, die ethische und die therapeutische Schlussfolgerung.

Die Fähigkeiten zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen der professionellen Pflegekraft sind von außerordentlicher Bedeutung für die Beziehungsgestaltung während ihrer Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst des zu pflegenden Menschen. Wie angedeutet, ist neben dem Beziehungsgefüge bzw. -netz des zu pflegenden Menschen auch das organisatorische Beziehungsgefüge des jeweiligen Settings, z.B. des Krankenhauses zu berücksichtigen. Hierbei ist von der Pflegekraft in mehreren Richtungen und Beziehungen **Grenzarbeit** sowie **Identifikationsarbeit** zu leisten. Innerhalb der verschiedenen Beziehungen muss sie lernen, zwischen den verschiedenen Beziehungsformen der Pflege und unterschiedlichen zwischenmenschlichen Beziehungsformen zu differenzieren. Sie muss lernen, sich selbst zu führen, um den zu pflegenden Menschen bei den von ihm zu leistenden Lern- und Adaptationsprozessen unterstützen und um im Verlauf der Beziehung situativ angemessene Rollen übernehmen zu können. Wie der Gang der Arbeit deutlich gemacht hat, sind damit erhebliche Anforderungen an die Pflegekraft gerichtet. Hierzu gehört ganz entscheidend, die Pflege als ein eigenständiges Phänomen zu denken, sprachlich zu artikulieren¹⁵⁸ und zu kommunizieren, um problematische Pflegesituationen – seien sie problematisch für die zu pflegende Person oder für die Pflegekraft selbst – konstruktiv und kreativ handhaben zu können.

In allen pflge-theoretischen Ansätzen wird seitens der Pflegekraft das Beherrschen technischer Fähigkeiten, etwa in der Körperpflege, die Mobilisierung eines Menschen oder die ‚Krankenbeobachtung‘ vorausgesetzt. Darüber hinaus verstehen Roper/Logan/Tierney sowie King und Roy den Pflegeprozess als methodisches Mittel für die bewusste Gestaltung der Pflege. In ihren Ansätzen rücken sie vom Bild des passiven Patienten ab und gehen von der aktiven Beteiligung des zu pflegenden Menschen aus. Verbunden sind damit Konzepte wie **Empowerment** und **Shared decision-making** bzw. **Collaborative decision-making**¹⁵⁹. Beide Konzepte können aus der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Handelns abgeleitet werden, da das professionelle Pflegehandeln konsequent an der problematisch gewordenen Pflegehandlungssituation des zu pflegenden Menschen ansetzt und sich die einzuschlagenden Handlungsschritte an seinen Möglichkeiten orientieren und in seinem Leben/seiner Realität funktionieren müssen. Der Erfolgsmaßstab ist die Pflegekompetenz des zu pflegenden Menschen in den beiden Pflegeformen.

Ein kritischer Punkt in allen pflge-theoretischen Ansätzen, ist die mehr oder weniger ungeklärte, zwischen Pflege und Medizin bestehende Beziehung. In der in allen Ansätzen eingenommenen Perspektive auf die Gesundheit und das Leben der zu pflegenden Menschen liegt bereits ein erstes Abrücken von einer einseitigen Krankheitsorientierung vor. Nach dem pragmatistisch-interaktionistischem Verständnis nähern sich die Pflege und die Medizin dem zu pflegenden Menschen beim Vorliegen von Krankheit aus verschiedenen Perspektiven. Die **pflgerische Perspektive** ist eine **handlungsbezogene und auf den betroffenen Menschen bezogen**. Die medizinische Perspektive ist **zustandsbezogen**, d.h. sie ist auf die Krankheit als akute oder chronische Veränderung physiologischer, biologischer und psychischer Prozesse bezogen. Das Handlungsobjekt der Medizin, das über den kranken Menschen vermittelt wird, ist die Krankheit. Damit das professionelle Pflegehandeln seine therapeutische Wirkung entfalten kann, müssen das pflgerische Objekt, das **Gegenstand der Arbeitsbeziehung** zwischen einer professionellen Pflegekraft und einem Patienten sowie seinen Bezugspersonen ist, ins Zentrum gerückt werden. Es ist das Mittel, über das die **beiden Formen des Pflegehandelns weiterentwickelt werden**. Die in dieser Arbeit diskutierten Pflge-theoretikerinnen haben eine wichtige Denkarbeit geleistet und der Pflege begriffliche Mittel an die Hand gegeben, die Pflege neu zu denken, zu einem Denken zu finden, das im Widerspruch zum historisch vermittelten Denken in medizinischen Kategorien steht. Die Überwindung gewohnter Denkmuster erfordert eine Anstrengung und das Verlassen eines ‚sicheren Hafens‘. Dies ist aber die Voraussetzung dafür, dass Pflege und

¹⁵⁸ Nur so ist Identifikation, Abgrenzung und Distanzierung im Sinne einer relativen Distanz möglich.

¹⁵⁹ In allen pflge-theoretischen Ansätzen ist der heute aktuelle Gedanke einer patientenzentrierten oder personenzentrierten Versorgung (PCC) enthalten. Auf dem ersten Blick scheint PCC ein leichtes Konzept zu sein. Wenn es zur Umsetzung kommt, zeigt sich, dass es sich um ein eher komplexes Konzept handelt.

Krankheit als zwei verschiedene Phänomene überhaupt wahrgenommen werden, und dafür, dass das Verhältnis der beiden Berufsgruppen auf eine neue Basis gestellt werden kann.

8.6 SCHLUSSBETRACHTUNG

Ausgangspunkt und Kernkonzept der in diesem Kapitel entwickelten pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns ist das auf sich selbst oder auf Andere bezogene Pflegehandeln. Beide Formen des Handelns sind für das Überleben der Menschheit und der Einzelnen von zentraler Bedeutung. Die Fähigkeiten/Kompetenzen in beiden Formen des Pflegehandelns entstehen aus dem elterlichen Impuls und der Haltung des Mitfühlens. Sie werden in sozialen Beziehungen erworben und geformt. Sie werden im Prozess der Sozialisation immer weiter ausdifferenziert, indem der Mensch beide Formen des Pflegehandelns in Beziehung setzt zu den verschiedenen Aktivitäten des Lebens (AL) sowie zu den sozialen Rollen/Funktionen, die er in seinem Leben in unterschiedlichen sozialen Welten/Arenen übernimmt, und den zugewiesenen sozialen Identitäten. Zentral für den Erwerb dieser Fähigkeiten/Kompetenzen und für die Weiterentwicklung des Mitfühlens zum intelligenten Mitfühlen ist die Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, die ihrerseits an die menschliche Sprache gebunden ist. Beide Formen pflegerischen Handelns sind eng mit der Entwicklung des Selbst verbunden.

In diesem Kapitel ist versucht worden, das pflegerische Handeln zunächst als menschliche Fähigkeit und losgelöst von Krankheit zu denken. Hierbei wurden die pflegetheoretischen Erkenntnisse mit Hilfe pragmatistischer Vorstellungen und der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Handelns von Strauss weiter entwickelt. Wesentliche Konzepte einer allgemeinen Theorie des Pflegehandelns sind das auf sich selbst und das auf Andere bezogene Pflegehandeln, deren Entwicklung an die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum Mitfühlen gebunden ist. Die Perspektivenübernahme und das intelligente Mitfühlen wurden als zwei aufeinander bezogene Fähigkeiten identifiziert. Beide sind dafür entscheidend, dass sich entsprechende Kompetenzen in beiden Pflegeformen entfalten können. Pflegehandeln ist nicht nur verkörpertes Handeln, sondern Körper und Selbst sind zugleich wichtige Objekte des pflegerischen Handelns. Die Perspektivenübernahme und das intelligente Mitfühlen werden benötigt, um zu Vorstellungen vom eigenen Selbst und vom eigenen Körper zu kommen und um sich selbst und den eigenen Körper zum Gegenstand des eigenen Pflegehandelns machen zu können. In Kap. 3 wie in diesem Kapitel ist die Rolle des Körpers aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet worden. Hervorzuheben ist hierbei, dass der Körper und das entsprechende Körperbild je nachdem, ob es sich um gewohnheitsmäßiges oder um reflexives Handeln handelt, unterschiedliche Funktionen im Handlungsprozess wahrnehmen kann. Reicht in einem Fall das Körperbild als *‘working image’* aus, um das Handeln fortsetzen zu können, muss der Körper bzw. müssen Aspekte oder Funktionen desselben beim reflexiven Handeln zunächst als ästhetisches Objekt konstruiert werden, um mittels Analyse herausfinden zu können, wie dieses Objekt im weitesten Sinn gehandhabt werden kann. In diesem Prozess können bestimmte Aspekte hervorgehoben, andere zurückgedrängt werden. Um den Gedanken der Pflege als lebenslängliches Unterfangen fassen zu können, wurde das Konzept der Verlaufskurve auf beide Formen des Pflegehandelns und auf das Selbst übertragen. Dieses Konzept baut auf dem pragmatistischen Verständnis des menschlichen Handelns auf. Es erlaubt, die Pflege als lebenslang währendes *‘going concern’* empirisch zu untersuchen und unterschiedliche Verläufe und Bedingungen zu identifizieren. Anhand des vierphasigen Handlungsmodells von Mead wird deutlich, dass der Verlauf der beiden Formen pflegerischen Handelns und der sich entwickelnden Kompetenzen und den dabei gemachten Erfahrungen entsprechend der Möglichkeit, Objekte zu bilden, zu erkunden, zu analysieren und zu rekonstruieren in einer gewissen Abhängigkeit zur Teilnahme an unterschiedlichen sozialen Welten/Arenen steht und damit zu den in diesen Welten/Arenen entwickelten sprachlichen Symbolen zur Bezeichnung pflegerischer Objekte einschließlich der benötigten Werkzeuge. Im vorigen Abschnitt wurde die Bedeutung der Gewohnheiten-Bildung für die menschliche Handlungsfähigkeit aufgezeigt. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass der Mensch eine Vielzahl von Haltungen/Perspektiven gegenüber den ihn umgebenden Objekten und sozialen Rollen/Funktionen der Menschen um

ihn herum in den unterschiedlichen Situationen ausbilden kann. Die vorbereitende Phase und die von Mead als Spiel bezeichnete Entwicklungsphase sind gleichermaßen grundlegend für die Ausbildung von Gewohnheiten und Perspektiven. Sie sind die Voraussetzung, um zu einem Sinn Ganzen oder ästhetischen Objekt gelangen zu können. Vor dem Hintergrund von Gewohnheiten lernt der Mensch, sich in beiden Formen pflegerischen Handelns in Bezug auf die AL sicher zu bewegen und sich an neue Situationen aktiv anzupassen. Hierbei hat er prinzipiell die Chance, seine Fähigkeiten /Kompetenzen bis zur Könnerschaft auf hohem Niveau zu entwickeln. Hierzu bedarf es neben der Konstruktion des ästhetischen Objekts bzw. des Sinn Ganzen auch einer Entwicklung der Fähigkeit zur Erkundung, Erforschung und Analyse des Sinn Ganzen. Reflexives Handeln umfasst alle Phasen des Meadschen Handlungsmodells. Die Adaptation des Pflegehandelns an veränderte Situationen ist immer intelligente Adaptation und beinhaltet ein kontinuierliches Lernen von der Geburt an (s. Oelkers, o. Jahr b:4). Eine wichtige Funktion des auf andere Menschen bezogenen pflegerischen Handelns besteht in ihrer vermittelnden oder edukativen Funktion. Diese Funktion kann ihre Wirkung in Situationen entfalten, wo der Handlungsfluss des zu pflegenden Menschen unterbrochen ist und Mittel gefunden werden müssen, es fortzusetzen. In solchen Situationen werden beim zu pflegenden wie beim pflegenden Menschen adaptive Prozesse in Gang gesetzt, die prinzipielle Möglichkeiten des Lernens für beide Seiten beinhalten.

Die hier diskutierten Pflegeetheoretikerinnen gehen übereinstimmend von einer allgemeinen Handlungsfähigkeit des Menschen aus und setzen diese in ihren Ansätzen voraus. Hierbei betonen sie unterschiedliche Aspekte des menschlichen Handelns wie Handeln in interpersonalen Beziehungen, kooperatives Handeln, adaptives Handeln bzw. verschiedene AL. Dem Selbst, dem Selbstkonzept und dem Körperbild kommt in den Arbeiten von Peplau, Roy und King eine zentrale Funktion zu, wohingegen diese Konzepte im RLT-Model implizit sind. Die hier genannten Frauen haben mit ihren Ansätzen wichtige Beiträge geleistet, die Pflege begrifflich zu denken. Wie anhand des Meadschen Handlungsmodells und zentraler Aspekte des pflegerischen Handelns – wie Erfahrungen machen, Objekte bilden, Gewohnheiten ausbilden, modifizieren etc. -, aufgezeigt werden konnte, haben sie sich aber jeweils nur auf Teilaspekte des pflegerischen Handelns konzentriert. Zu einem umfassenderen Verständnis des pflegerischen Handelns muss das in den pflegeetheoretischen Ansätzen implizit enthaltene Verständnis des menschlichen und pflegerischen Handelns und der Funktionsweise des Selbst jedoch weiter durchdrungen werden. Mit Hilfe der im Amerikanischen Pragmatismus vertretenen Ideen und der in der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Handelns enthaltenen Vorstellungen konnten die in den pflegeetheoretischen Ansätzen enthaltenen Vorstellungen weiter entwickelt werden. Die Pflege und das pflegerische Handeln können mit Hilfe von Meads Vorstellungen auf eine ontogenetische wie phylogenetische Basis gestellt werden. Dies eröffnet die Chance, die Pflege/das pflegerische Handeln, statt in religiösen, medizinischen oder weiblich konnotierten in anthropologischen Begriffen zu denken. Dieser Paradigmenwechsel ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, die Pflege als ein eigenständiges Phänomen zu begreifen und aus den drei symbiotischen Beziehungen Pflege-Religion, Pflege-Medizin und Pflege-Frauen herauslösen und sich mit dem pflegerischen Handeln als Mensch identifizieren zu können.

TEIL III

THEORIE UND PRAXIS

KAP.9 DIE PRAXIS ALS ORT ZUR UMSETZUNG DER PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHEN THEORIE DES PFLEGEHANDELNS: KONSEQUENZEN FÜR DIE GESTALTUNG DER ARBEIT

“As self-conscious, perspectively oriented creatures, human beings become aware not only of the selves they experience in terms of generalized others but also of the limits and privations they suffer in relation to current historical possibilities. In so doing they can define themselves in terms of what they perceive as denied and absent. And these perceptions can provide a certain kind of selfhood, one that looks to what one could become” (Aboulafia 2001: 22)

The culture of an organisation has a significant impact upon the working practice of the people in it’ (Ewens 2002, zitiert in Ewens 2003: 226).

Im Mittelpunkt des abschließenden Kapitels stehen die Rolle, die den Pflegeführungskräften der verschiedenen Ebenen und den Pflegekräften *bei der Umsetzung einer theoriegeleiteten, an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven der zu pflegenden Menschen orientierten Pflege* und die Bedeutung, dem Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der professionellen Pflege¹ zukommt. Dieser wird durch das aktive Nutzen und Ausschöpfen der in Kap. 8 entwickelten pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns für eine professionelle wissensbasierte Pflegepraxis immer wieder neu interpretiert und rekonstruiert. Die damit verbundene konzeptionelle Arbeit in Bezug auf die organisatorische und pflegeinhaltliche Gestaltung der Pflege ist die strategische Aufgabe der Pflegeführungskräfte der verschiedenen Ebenen, wohingegen die patienten- bzw. fallbezogene Umsetzung die Aufgabe der einzelnen Pflegekraft ist. Auch wenn der Fokus primär auf der professionellen Pflege im Krankenhaus liegt, können die in diesem Kapitel angestellten Überlegungen grundsätzlich auch auf andere Praxisfelder der Pflege übertragen werden.

Da die professionelle Pflege, verstanden als personenbezogene und wissensbasierte Dienstleistung, eine den Merkmalen dieser Arbeit Rechnung tragende Arbeitsorganisation erfordert, werden in Abschnitt 9.1 die in Kap. 4 entwickelten Argumentationsstränge zu Arbeit, Beruf, Profession und zu den personenbezogenen Dienstleistungen erneut aufgegriffen. Vor dem Hintergrund der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns werden sie nun im Kontext der professionellen Pflegearbeit in der bürokratischen Expertenorganisation Krankenhaus weiter ausgeführt. In diesem Zusammenhang bieten die Erkenntnisse zu ‚Professionellen Praxismodellen‘ (PPM) und zur ‚Praxisentwicklung‘ (**P**ractice **D**evelopment, kurz **PD**) die Möglichkeit, kritische Punkte zu identifizieren, die bei der Nutzung der pragmatistischen Theorie des Pflegehandelns zu beachten sind und ggf. einer Weiterentwicklung bedürfen. Beide Ansätze und die damit korrespondierenden Vorstellungen professioneller Arbeit und Expertise gehen über die in Deutschland geführte Diskussion professionellen Handelns hinaus. Mit Blick auf den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege wird in einem zweiten Schritt (9.2) das allgemeine Handlungsmodell von Abbott mit dem Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung in der Fassung von Marie Manthey verknüpft. Die institutionelle Realisierung dieses Konzepts schafft den erforderlichen Rahmen *für die Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven der zu pflegenden Menschen* und *für die Professionalisierung der professionellen Pflegeverlaufskurven der Pflegekräfte*. Ausgehend von Abbotts Idee, wonach sich die Arbeit von Professionen in den drei Handlungsweisen seines allgemeinen Handlungsmodells verkörpert, wird in einem weiteren Schritt (9.3) auf die Bedeutung des Konzepts der Grenzarbeit (boundary work) und der Grenzobjekte (boundary objects) für die von den Pflegeführungskräften wie Pflegekräften zu leistenden *Grenzarbeit* bei der Artikulation, Neubestimmung und inhaltlichen Entwicklung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und des Wissenssystems eingegangen. Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklungen und der professionellen wie organisationalen Sozialisation werden notwendige Entwicklungsprozesse aufgezeigt, die bei einer konsequenten Nutzung der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns zu vollziehen sind.

¹ Im Weiteren spreche ich nur noch von professioneller Pflege, wohl wissend, dass in Deutschland das Gros der Ausbildung nicht im Hochschulbereich erfolgt. Der nicht zu hintergehende Charakter der Pflege als einer personenbezogenen Dienstleistung erfordert jedoch einen professionellen Arbeitsmodus.

In einem letzten Schritt (9.4) wird die Bedeutung der Grenz- und Artikulationsarbeit für die aktive Herstellung und Ausgestaltung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und für die Organisation der Pflegearbeit herausgearbeitet. Im Mittelpunkt stehen dabei die handlungsleitende Funktion von Theorien (9.4.1) und die Rolle der Kompetenzentwicklung (9.4.2). Die aktive Herstellung und Gestaltung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs, dessen Wahrnehmung und Behauptung durch die einzelne Pflegekraft und dessen Abstützung durch Pflegeführungskräfte ist Voraussetzung für die gemeinsame Arbeit von Pflegekraft und Patient/Bezugspersonen an dessen/deren Pflege- und Krankheitsverlaufskurven, die vor diesem Hintergrund am Beispiel der klinischen Entscheidungsfindung und der Beziehungsgestaltung beleuchtet wird (9.4.3). Ausgehend vom Konzept der multiplen, einander gegenseitig beeinflussenden Verlaufskurven werden die Konsequenzen skizziert, die sich bei den einzugehenden Arbeitsbeziehungen aus Sicht der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns ergeben. Hierbei wird das Augenmerk zunächst auf die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege (9.4.4) gelenkt. Unter Einbeziehung neuer Forschungserkenntnisse werden zwei Modelle entwickelt, wie die historisch gewachsene vergeschlechtlichte Berufs- bzw. Professionskonstruktion überwunden und in neue Formen der Zusammenarbeit überführt werden kann. Sodann wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit betrachtet (9.4.5). Die Ergebnisse der einzelnen Teilschritte dieses Kapitels werden abschließend vor dem Hintergrund der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns zusammenfassend bewertet (9.5).

9.1 DIE PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHE THEORIE DES PFLEGEHANDELNS ALS WICHTIGER BAUSTEIN EINES ZUKUNFTSFÄHIGEN PROFESSIONELLEN PRAXISMODELLS

In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, wie Führungskräfte innerhalb einer bürokratischen Expertenorganisation ein Arbeitsumfeld schaffen können, das die professionelle Rolle der Pflege, eine auf verschiedene Wissensformen gestützte Pflegepraxis sowie eine am Patienten orientierte Gesundheitsversorgung offensiv fördert. Exemplarisch wird dargestellt, wie die Arbeit der professionellen Pflegekräfte an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven der von ihnen zu pflegenden Menschen einschließlich ihrer Bezugspersonen und an der eigenen professionellen Pflegeverlaufskurve im spezifischen Kontext des Krankenhauses organisatorisch unterstützt und verankert werden kann.

In der internationalen Pflegeliteratur werden mit Blick auf die Verankerung und Förderung der professionellen Rolle der Pflege und ihre Anerkennung als Profession auf betrieblicher Ebene, d.h. auf der Ebene der Station, des Funktionsbereichs und des Krankenhauses bzw. Unternehmens, zwei grundsätzliche Ansätze diskutiert. Der erste Ansatz ist mit dem Begriff ‚Professionelle Praxismodelle‘ (s. hierzu. Mischo-Kelling 2007c) verbunden. Hierbei handelt es sich primär um zielgerichtete organisationsbezogene Entwicklungsstrategien der Pflege als Teil der Unternehmensstrategie. Diese wird auch mit der Magnet Hospital Bewegung assoziiert. Beim zweiten Ansatz, der unter dem Begriff ‚Praxisentwicklung‘² (PD) diskutiert wird, handelt es sich um einen von Hochschule/Wissenschaft und Praxis gemeinsam verfolgten Ansatz. Er enthält Elemente der Professions-, Personal-, Dienstleistungs- und Organisationsentwicklung, die je nach verfolgter Thematik unterschiedlich akzentuiert werden. Im Zentrum dieses Ansatzes steht der Wandel von einer mehr ‚technokratisch orientierten Praxisentwicklung‘ hin zu einer stärker personenzentrierten

² Die Ursprünge dieses Ansatzes können mit den ‚Nursing Development Units‘ (Pflegeentwicklungsstationen) der 1980er Jahre in Großbritannien in Verbindung gebracht werden. Die VertreterInnen dieses Ansatzes haben alle Erfahrungen mit der Umsetzung pflegetheoretischer Ansätze in die Pflegepraxis sowie mit der Primären Pflege, die im UK unter dem Begriff New Nursing bekannt geworden ist, gesammelt, hierzu geforscht und veröffentlicht (s. Pearson 1988, Pearson 2007a,b, 2008a,b, Manley 1994/2002, Manley et al 2011). In diesem Kontext muss auch die Diskussion und Auseinandersetzung mit dem Konzept ‚therapeutic nursing‘ (McMahon/Pearson 1998; Freshwater 2002) gesehen werden, das u.a. auf Lydia Halls Vorstellungen von Pflege zurückgeht (s. Griffiths 2008) und das sich trotz gewisser Ähnlichkeiten vom ‚caring‘-Konzept unterscheidet.

Form der Gesundheitsversorgung (s. McCormack/Manley/Garbett 2004: 5). Er ist nicht auf die Pflege³ beschränkt, sondern bezieht andere Gesundheitsprofessionen in den Entwicklungsprozess mit ein. Beide Ansätze berücksichtigen mehr oder weniger explizit den Umstand, dass sich die Entwicklung der Pflege als Profession im Gegensatz zu den klassischen Professionen Medizin und Recht, die ihren Reifungsprozess in der Solopraxis machen konnten, innerhalb der Grenzen und Überlebensmechanismen bürokratischer Expertenorganisationen vollzieht (s. auch Kramer/Maguire/ Schmalenberg 2006: 487). Weiter wird berücksichtigt, dass sich seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht nur die Pflege, sondern auch andere Gesundheitsberufe auf den Weg zu einer Profession gemacht haben (s. Manley/Crisp/Moss 2011: 2). Der damit einhergehende Wandel der Krankenhäuser bzw. Gesundheitsunternehmen von Organisationen, in denen nur eine Profession dominant war, zu **multiprofessionellen Organisationen** ist in der Forschungsliteratur bisher zu wenig gesehen worden ebenso wie die daraus entstehenden Konsequenzen bezüglich der Arbeitsorganisation und der Koordination der Gesamtarbeit. Beide Phänomene werden eher aus der Perspektive der interprofessionellen Zusammenarbeit diskutiert, ohne die strukturelle Verfasstheit und ‚Professions-schneidung der diversen Professionen in den Blick zu nehmen. Dass sie eine nicht zu unterschätzende und nicht zu vernachlässigende Rolle spielen, zeichnet sich immer deutlicher in den Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit (IPC⁴) ab (s. Baxter/Brumfitt 2008, Salhani/Coulter 2009, Reeves et al. 2010). Der zuerst genannte professionsspezifische Ansatz⁵ wird mehr in Nordamerika (USA/Kanada) verfolgt, der zweite interdisziplinär ausgerichtete eher in Großbritannien und Australien/Neuseeland. Das gemeinsame Merkmal beider Ansätze ist darin zu sehen, dass auf der Ebene der Arbeitsorganisation ein professioneller, d.h. ein ‚am Einzelfall‘ orientierter und ‚personenbezogener Arbeitsansatz‘ und eine damit korrespondierende Arbeitsorganisation verfolgt werden. Zudem wird die inhaltliche Orientierung am Patienten⁶ gezielt gefördert. Die damit einhergehende Organisationsform der Arbeit kann in Anlehnung an Freidsons dritter Logik der Arbeitsteilung mit dem Begriff ‚Professionalismus‘ beschrieben werden (s. auch Kap. 4).

In den USA kristallisierten sich erste Ansätze eines PPM⁷ beginnend mit der Umsetzung der pflegerischen Organisationsform der Primären Pflege Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre heraus (ausführlich s. Mischo-Kelling 2007c). Hierbei zeigte sich schnell, dass ein PPM mehr als ein pflegerisches Organisationssystem ist. Vielmehr bedarf es innerhalb bürokratischer Strukturen eines organisatorischen Gesamtrahmens, der Führungskräfte wie MitarbeiterInnen zum professionellen Handeln befähigt. Das von Frank Weidner entwickelte Modell professioneller Fall-

³ Allerdings scheint die Verbreitung in anderen Professionen sowie interdisziplinär noch gering zu sein (s. McCormack et al 2006). Henderson/ McKillop (2008) beschreiben, wie sie den Ansatz der ‚Praxisentwicklung‘ bei der Entwicklung eines Managed Clinical Networks zur Versorgung von an Krebs erkrankten Menschen in einem multidisziplinären Kontext eingesetzt haben.

⁴ **I**nter**P**rofessional **C**ollaboration wird in dieser Arbeit mit interprofessioneller Zusammenarbeit übersetzt, wobei auch die Abkürzung IPC verwendet wird.

⁵ Die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege nimmt hier einen großen Raum ein, und in den letzten Jahren spielt das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit eine immer größere Rolle.

⁶ Im 20. Jahrhundert hat das Konzept ‚Patientenzentrierung‘ als Reaktion auf die ökonomisch motivierten Restrukturierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen in den USA in den 1990er Jahren insbesondere seit der Veröffentlichung der einflussreichen Studien ‚To err is human‘ und ‚Crossing the Quality Chasm‘ des Institute of Medicine (IOM) neuen Aufschwung erfahren. Weiter finden sich Vorstellungen zu diesem Konzept auf internationaler Ebene in vielen Regierungserklärungen, in offiziellen Papieren internationaler Organisationen wie etwa der WHO oder in Veröffentlichungen von Berufsorganisationen. Was die Pflege betrifft, lassen sich unter dem Stichwort ‚inhaltliche Orientierung am Patienten‘ unterschiedliche theoretisch-philosophische Ansätze ausmachen. In den USA ist diesbezüglich eine Hinwendung zu den verschiedenen Caring-Ansätzen zu beobachten. Im UK hingegen und in den von ihm beeinflussten Ländern wie Australien/Neuseeland wird von ‚person-centered-care‘ gesprochen. Die Entwicklung dieses Konzepts wurde durch die Pflege-theoriediskussion in den frühen 1980er Jahren und von Forschungserkenntnissen gefördert (s. Bsp. Dewing 2004, McCormack 2003, McCormack/ McCane 2006, Griffiths 2008).

⁷ Als ein Vorläufer in diese Richtung und als erste pflegegeleitete Institution kann das 1963 eröffnete ‚Loeb Center for Nursing and Rehabilitation‘ für chronisch kranke Menschen des Montefiore Hospital in New York City betrachtet werden, dessen Pflegedirektorin Lydia E. Hall war (s. auch Manthey 2002: 77).

arbeit⁸, ein in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft vielfach aufgegriffener Ansatz⁹, gibt gewisse Hinweise in diese Richtung ebenso wie das von Krohwinkel et al. entwickelte Managementmodell (Krohwinkel et al. 1993: 34). Das Weidnersche Modell fällt durch den einseitigen Fokus auf professionelles Handeln hinter den inzwischen erreichten internationalen Diskussions- und Erkenntnisstand zurück. Der Erwerb einer professionellen Handlungskompetenz ist wichtig, er reicht aber nicht aus. Erfahrungen aus Ländern, in denen die Pflegeausbildung in das Hochschulsystem verlagert worden ist, belegen, dass die Entwicklung und organisatorische Verankerung der Pflege als Profession und ihre Anerkennung als Profession in einem Gesundheitsunternehmen ein langwieriger und störanfälliger Veränderungsprozess in einem komplexen wie dynamischen Umfeld ist. So bringen das Studium oder, wie in Deutschland, eine inhaltliche Neuorientierung der Ausbildung als solcher noch keine Veränderungen auf der Arbeitsebene mit sich (s. Maben et al. 2006, 2007, Fielding et al. 2007, Furåker 2008, 2009, Fiechtmüller/ Walter 2007, Balzer/Kühme 2009, Kumbruck et al. 2010). Die Ausbildung eines professionellen Habitus im Sinne einer professionellen Pflegeexpertise und das Ermöglichen professioneller Arbeit in bürokratischen Expertenorganisationen stellt eine Herausforderung eigener Art dar, in der neben den einzelnen Pflegekräften vor allem die Pflegeführungskräfte gefordert sind. Eine umfassende Professionalisierung der Pflegepraxis in einzelnen Praxisfeldern wie dem Krankenhaus oder dem ambulanten Bereich (s. Raven 2007, Lerner 2007) steht in Deutschland ungeachtet des weitverbreiteten Begriffs der ‚professionellen Pflege‘ bei Akademikerinnen wie Nichtakademikerinnen aus (s. Dörge 2009a/b)¹⁰.

Werden die bisher gemachten Erfahrungen mit PPMs einer kritischen Analyse unterzogen, dann bleibt der den PPM zugrunde liegende Professionsbegriff stark dem klassischen Professionsverständnis verhaftet. So werden zur Abschätzung des Entwicklungsstands der Profession nach wie vor die klassischen Professionsmerkmale herangezogen, ohne diese einer grundlegenden Kritik zu unterziehen. Wie schon erwähnt, hat Celia Davies (1995a,b, 2000a,b) in mehreren Arbeiten dargelegt, dass Konzepte wie bspw. Autonomie und Expertise, die mit dem klassischen Professionsbegriff verbunden sind, für die Pflege Strukturprobleme enthalten, die durch einen weiblich konnotierten Professionsbegriff nicht einfach aufgehoben oder gar überwunden sind. Um zu einer nachhaltigen Veränderung des in Kap. 4 als Mülleimer-Fahrradtheorie beschriebenen Phänomens¹¹ zu gelangen, müssen das vergeschlechtlichte Professi-

⁸ Ein Dilemma ist, dass der Blick in dem Modell einseitig auf die Handlungskompetenz der Pflegekräfte gerichtet ist. Aussagen zur Organisation der Pflegearbeit werden eher am Rande gemacht. Wie die beschriebene Handlungskompetenz in die Praxis eingebracht wie sie innerhalb komplexer Organisationen weiterentwickelt werden kann, darüber findet sich in dieser und in nachfolgenden Arbeiten wenig.

⁹ Kritisch zur Rezeption des Oevermannschen Ansatzes in der Pflegewissenschaft äußert sich Raven (2007:197f). Drei wichtige Punkte geben Anlass zu Missverständnissen: 1) das Vermögen der Professionellen zur universalisierten Regelanwendung wissenschaftlichen Wissens (wissenschaftliche Kompetenz) sowie zum handlungspraktischen Einsatz dieses Wissens auf der Basis hermeneutischen Fallverstehens (hermeneutische Kompetenz), 2) der Begriff „Autonomie der Lebenspraxis“ und 3) der der „Nicht-Standardisierbarkeit“. Im Weiteren legt er einen ersten Entwurf einer noch auszuarbeitenden strukturalen Theorie pflegerischen Handelns vor.

¹⁰ Sie beschränkt sich weitgehend auf Einzelaspekte wie z.B. die Qualitätssicherung (s. Schulz/Dorgerloh/Löhr 2008). Schulz et al. (2008: 123f) heben die Bedeutung hervor, die dem Pflege-management bei der Klärung des Gegenstandsbereichs der Pflege zukommt, ein Aspekt, der nicht einfach an Stabstellen delegiert werden kann. Nach Michael Schilder (2010) kann die klinische Pflegeforschung eine wichtige Rolle bei der Professionalisierung der Pflegepraxis spielen, und die Absolventen der Pflegestudiengänge können als so genannte Facilitatoren einer forschungsbasierten Praxis einen wichtigen Beitrag leisten.

¹¹ Jane Salvage (2002: 6ff) beschreibt anschaulich, wie dieses Phänomen als Ergebnis der Berufs- und Professionskonstruktion bis heute das Verhältnis zwischen Pflege und Medizin prägt (s. auch Fußnote 41, Kap. 4). Mit anderen Worten: Auch eine kritische Reflexion des Professionsbegriffs bedeutet keineswegs eine Überwindung traditioneller Strukturen bzw. Denk- und Handlungsmuster. Es ist noch nicht gelungen, die Marginalisierung der Pflege und insbesondere des pflege genuinen Wissenssystems zu überwinden. Hier sind tiefgreifendere Veränderungen vonnöten. Davina Allen (2004, 2007), die sich vor allem mit dem *mismatch* zwischen professionellen Idealen und der professionellen Arbeitsrealität befasst hat, beschreibt zwei Wege des beruflichen/professionellen Fortschritts. Der eine besteht in der Übernahme ärztlicherseits übertragener Aufgaben, der andere im Verfolgen eines autonomen professionellen Status. Hier ist die Pflege getrennt von der Medizin und mit ihr gleichgestellt. Ein Merkmal der Bemühungen der Profession bei ihrer Professionskonstruktion besteht darin, eine von der Medizin unterschiedene Disziplin zu errichten. Hierbei stellt die Konstruktion einer professionellen Identität, um die herum die höchst unterschiedlichen Mitglieder einer Profession zusammenwachsen können, in der Praxis eine enorme Herausforderung dar.

onskonzept, die vergeschlechtlichten Strukturen der Erwerbswelt und der entsprechenden Organisationen aufgebrochen werden. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die organisatorische und inhaltliche Ausgestaltung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und der daraus abgeleiteten Organisation der Arbeit. In diese Richtung weisen die in den letzten Jahren veröffentlichten Vorstellungen professioneller Praxis aus dem britisch-australischen Umfeld (s. die Beiträge in Higgs/Titchen 2001a und b, Higgs/Jones 2008, Manley et al 2008, Hardy et al 2009). Hier wird begonnen, traditionelle Vorstellungen von Professionalität in Bezug auf die professionelle Praxis – hier verstanden als Arbeitsweise – zu hinterfragen. Es wird der Versuchung widerstanden, das alte Professionskonzept einfach durch ein ‚weiblich konnotiertes‘ zu ersetzen. Der von Davies kritisierte Begriff der Expertise wird in diesem Ansatz anders gewendet, indem verschiedenen Wissensformen – dem propositionalen Wissen, professionellen Handwerkswissen und persönlichen Wissen –, als glaubhafte Evidenz für eine professionelle Praxis Geltung verschafft werden soll (s. Higgs/Titchen 2001a: 4f). Weiter wird das Verständnis professioneller Praxis durch sich entwickelnde **Formen von Partnerschaften** zwischen Professionellen und Klienten, zwischen Professionellen unterschiedlicher Provenienz etc. erweitert, die die dominierende Rolle der Professionellen gegenüber dem Patienten ablösen sollen. Darüber hinaus liegt ein Schwerpunkt dieses Ansatzes im Explizit-Machen des Wissens der PraktikerInnen. Über ein Bewusstwerden ihrer Wissensbasis sollen den PraktikerInnen nicht nur neue Lernmöglichkeiten eröffnet, sondern zugleich auch das Generieren von neuem Wissen sowie eine Erweiterung des Praxishorizonts ermöglicht werden. Alle Arbeiten weisen darauf hin, dass dem organisatorischen Setting und Kontext der Pflege bei der Verankerung einer professionellen Praxis Beachtung geschenkt werden muss. Das Krankenhaus als Arbeits-Setting zeichnet sich dadurch aus, dass die Arbeit der Pflegekräfte innerhalb einer komplexen bürokratischen und vergeschlechtlichten Expertenorganisation und nicht in der klassischen Form der Einzelpraxis erfolgt. Dies hat Einfluss auf die von den Führungskräften zu initiiierenden **Entwicklungsprozesse von einem Hilfsberuf zu einer ‚reifen Profession‘**.

Eine der zu bewältigenden Herausforderungen ist das zwischen Bürokratie und Profession bestehende Spannungsverhältnis. Ronald Corwin (1961: 606) hat schon früh in Bezug auf die Pflege auf gewisse Inkompatibilitäten zwischen Bürokratisierung und Professionalisierung hingewiesen und darauf, dass damit unterschiedliche **Konzeptionen von Pflege** verbundenen sind. Er nennt drei Konzepte: Das Konzept der Pflege als Amt (Bürokratie), d.h. durch Angestellte eines Krankenhauses; das Konzept der Pflege als einer verantwortungsvollen, unabhängigen Profession und wenn es sich um eine religiöse oder humanitäre Organisation (Wohltätigkeitseinrichtung) handelt, das Konzept der Pflege als eines öffentlichen Dienstes verstanden als Berufung. Alle drei Konzeptionen von Pflege verweisen auf unterschiedliche Identitäten, die beim Aufeinandertreffen notgedrungen miteinander in Konflikt geraten. Erfahrbar wird diese Unverträglichkeit der Konzepte insbesondere für diejenigen, die eine Ausbildung im Sinne des Professionskonzepts erfahren haben und beim Übergang in das Erwerbsleben in das bürokratische Arbeitsethos hinein sozialisiert werden. Für Corwin unterscheiden sich Bürokratien und Professionen im Sinne von Idealtypen in mindestens drei Punkten voneinander:

1. im Grad der Standardisierung von Tätigkeiten und Verfahrensweisen
2. im Grad der zugestandenen Autorität
3. in der Beziehung zu organisatorischen Mitteln und Zielen, d.h. zu Effizienz und Standards (Corwin 1961: 606).

Kritisch sei, dass die von pflegetheoretisch inspirierten, größtenteils aus dem nordamerikanischen Raum stammenden PflegewissenschaftlerInnen bzw. –theoretikerInnen formulierten Ideen, die sie unter dem Begriff ‚therapeutic use of self‘ bündelt, an der (Arbeits-)Wirklichkeit der Pflege vorbei zielten. Dieser Tatbestand ist inzwischen durch vielfältige Forschungen belegt, weshalb Allen vorschlägt, sich in Bezug auf das Mandat der Pflege an der Arbeitsrealität statt an empirisch schwach fundierten Pflege-theorien zu orientieren. Aus den diversen Untersuchungen und ihren eigenen hat Allen acht Arbeitsbündel und die Rolle eines Vermittlers (intermediary) als zentrale übergreifende Funktion der Pflege (s. auch Allen 2004, 2007) herausgearbeitet.

Auf die Spannung, die zwangsläufig zwischen einer administrativen Autorität und einer Fachautorität entsteht, hat auch Amitai Etzioni (1971: 120ff) hingewiesen. Etwa im gleichen Zeitraum nähern sich Strauss et al. (1964/1981) in ihrer Psychiatriestudie dem Thema Bürokratie und Profession über ein Prozessmodell an. Dieses Modell ist unter dem Begriff der ‚negotiated order‘ (ausgehandelte Ordnung) bekanntgeworden. Ihr Prozessmodell bietet mit Blick auf die Umsetzung der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns im Rahmen eines PPM interessante Einsichten, da der Fokus auf **professionelle Ideologien** (Wissens- und Glaubenssysteme), auf das menschliche Handeln und auf die Gesamtorganisation der professionellen Arbeit gelenkt wird. Es berücksichtigt, dass professionelle Arbeit in einem bestimmten Umfeld erfolgt, in dem in der Regel nicht nur eine, sondern mehrere Berufsgruppen miteinander arbeiten. In ihrer ‚Psychiatriestudie‘ zeigen sie, wie die auf Theorien beruhenden Weltanschauungen der Psychiater zur Behauptung und Verteidigung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs in Anspruch genommen werden und wie auf dieser Basis die Arbeit am, um und mit dem Patienten sowie die Beziehungen mit anderen Professionen/Berufsgruppen gestaltet werden. Ihr Modell ermöglicht es, das Augenmerk auf das ganze Spektrum menschlichen Handelns zu richten, d.h.

„sowohl auf kooperatives wie auf konflikthafte Handeln [...], rationales (begründetes) und nichtrationales Handeln, strukturiertes und entstehendes Handeln, geregeltes und nicht geregeltes Verhalten, auf eine formale/informelle oder spontane Arbeitsteilung, auf institutionsübergreifendes und auf ein auf eine Untereinheit bezogenes Handeln, auf intra-individuelles Handeln und seine Beziehung zum organisatorischen Handeln, auf eine totale und teilweise institutionelle Bindung (commitment), auf intra-organisatorischen und außer-organisatorischen Druck, d.h. auf die ‚soziale Organisation‘ und ‚soziale Prozesse‘“ (Strauss et al. 1964/1981: 14).

In diesem Modell werden das Wissen wie die soziale Organisation der Arbeit nicht als fixe Größen gehandelt, sondern entsprechend dem pragmatistischen Hintergrundverständnis¹² als dynamische Größen, die in und durch die menschliche Arbeit einem Wandel ausgesetzt sind. Eine zentrale Rolle spielt hier die Zugehörigkeit zu einer spezifischen sozialen Welt (z.B. Pflege oder Medizin) und entsprechenden sozialen Subwelten (s. Kap. 4, 8). Als grundlegende Merkmale von Organisationen, in denen hauptsächlich Professionen arbeiten, beschreiben Bucher/Stelling (1969: 4f) das **aktive Gestalten** und **Aushandeln von Rollen**¹³. Hierbei handelt es sich um eine primär von den Professionellen selbst zu leistende Arbeit, bei der sie ihre Vorstellungen von der eigenen professionellen Aufgabe, von ihrer Verantwortung, ihren Interessen und der Organisation ihrer Arbeit artikulieren müssen.

Aus pflegerischer Sicht sind die Folgen dieses Spannungsverhältnisses von Marlene Kramer in ihrer 1974 veröffentlichten Studie ‚Reality Shock‘ thematisiert worden (s. Fasoli 2010: 21f). Anfang der 1980er Jahre greifen Fourcher/Howard (1981) das Thema Bürokratie und Profession erneut auf. Sie gehen auf die doppelte Problematik eines hohen Anteils der Pflegekräfte ein, zugleich Gesundheitsprofessionelle und Angestellte eines Krankenhauses zu sein. In Bezug auf die Themen Professionalisierung und Bürokratisierung unterscheiden sie zwei Formen von Rationalisierung: eine personenbezogene und eine organisationale. Erstere verweist auf einen **selbstgesteuerten Prozess** (Professionalisierung), letztere auf einen **fremdgesteuerten Prozess**. Aus ihrer Sicht lief die Pflege damals Gefahr, völlig

¹² Im einleitenden Kapitel beschreiben Strauss et al. (1964/1981: 16), dass sich ihr Modell auf zentrale Einsichten Meads stützt. Es geht um die zentrale Frage, wie ein gewisses Maß an Ordnung angesichts unvermeidbarer Veränderungen (von Quellen außerhalb, wie innerhalb der Organisation) aufrechterhalten werden kann. Strauss arbeitet den *negotiated-order*-Ansatz in weiteren Arbeiten aus und legt dessen letzte Fassung in seinem Buch ‚*Continual Permutations of Action*‘ dar. Er spricht jetzt von ‚*negotiated order and processual ordering*‘ und diskutiert die damit verbundenen Prozesse in Zusammenhang mit den Konzepten soziale Welten/Arenen (s. Strauss 1993, insbesondere Kap. 10 und 11).

¹³ Rollengestalten ist eine direkte Konsequenz aus dem Zubilligen/Gewähren des professionellen Status. Beim Versuch, die eigenen Arbeitsbedingungen zu kontrollieren, engagiert sich der Professionelle in einem Prozess des offenen Aus- und Verhandeln. Dieses Aushandeln erfolgt aus einer Position des professionellen Werts und beinhaltet die ganze Rhetorik der professionellen Rechtsansprüche (Jurisdiction) (Bucher/Stelling 1969: 5f).

in den Bann der zweiten Rationalisierungsform zu geraten¹⁴. Angesichts der steigenden administrativen Kontrolle, habe die Pflege die nachstehenden zwei Strategien zur Behauptung ihres professionellen Status im Krankenhaus entwickelt:

„die Kontrolle des Rationalisierungsprozesses durch das Pflegemanagement“ und „eine Neueinschätzung der personenbezogenen Rationalität der Patientenversorgung in Form der Primären Pflege¹⁵“ [und als Form professioneller Arbeit, MMK] (s. Fourcher/Howard 1981: 301, 302).

Wie die jüngsten Entwicklungen in Zusammenhang mit Magnet Hospitals¹⁶ zeigen, werden beide Strategien bis heute in den USA bei der Etablierung von PPM mit unterschiedlichem Erfolg eingesetzt.

Wie Celia Davies (1983, 1995a) in ihren historischen und empirischen Arbeiten für die Pflege aufgezeigt hat, ist das Verständnis der zentralen Funktionsweisen bürokratischer Organisationen sowie ein Verständnis der mit dem klassischen Professionskonzept assoziierten Konzepte für pflegerische Entwicklungsprozesse wichtig¹⁷. Sie untersuchte das Professionsprojekt der britischen Pflege nicht unter dem Aspekt professioneller Schließung (s. bspw. Witz 1992), sondern machte auf die Folgen aufmerksam, die sich für die Pflege aus der **Inklusion in den medizinischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich in Form des subordinate-superdominate Musters** und der daraus abgeleiteten Funktion als Vor-, Zu- und Nacharbeiterin ergeben (Mülleimer-Fahrstuhl-Theorie, s. Kap. 4). Beides, dieses Muster und die entsprechende Funktion der Pflege werden durch die bürokratische Funktionsweise der Krankenhäuser verstärkt und haben pflegerische Entwicklungsprozesse bisher eher behindert oder nur in Grenzen gefördert. In den letzten Jahren ist im Zuge des Aufkommens der so genannten Wissensberufe das Interesse am Vergleich bürokratischer Arbeitsweisen mit jenen von Professionen gewachsen. Letztere werden in jüngster Zeit unter dem Stichwort Professionalismus und ‚New Professionalism‘ diskutiert und auf verschiedenste Berufe/Professionen bezogen (s. Klatetzki/Tacke 2005, Evetts 2003, 2005, 2009, 2011, Svensson 2006). Auch diese Diskussion liefert für die Entwicklung einer professionellen und pflegetheoretisch geleiteten Pflegepraxis wichtige Erkenntnisse. Laut Julia Evetts (2005: 4) kann Professionalismus unterschiedlich interpretiert werden und zwar als

1. berufsbezogener Wert (occupational value)
2. Ideologie, d.h. Professionalisierung als Strategie der Marktschließung (*market closure*)
3. Diskurs beruflicher Veränderungen und der betriebswirtschaftlichen Kontrolle (*managerial control*).

Seit den 1990er Jahren hat das erste Verständnis von Professionalismus wieder an Bedeutung gewonnen, insofern der positive wie negative Beitrag der Professionen mit Blick auf die Klienten bzw. Konsumenten erneut in den Fokus geraten ist. In diesem Zusammenhang wird Professionalismus auch als eine besondere Form der berufsbezogenen Kontrolle über die Arbeit diskutiert, die gegenüber marktförmigen, organisatorischen und bürokratischen Kontrollformen der Arbeit deutliche Vorteile haben soll (s. Evetts 2003: 404). In diesem Verständnis von Professionalismus

¹⁴ Fourcher/Howard (1981) zeigen dies exemplarisch am Beispiel der Beziehung ‚Pflege und Administration‘ und an dem nach dem Zweiten Weltkrieg zu beobachtenden Um-sich-Greifen des Einsatzes von Instrumenten der Systemanalyse sowie des Operation Research (Betriebsforschung) und einer damit einhergehenden Reorganisation der Pflegearbeit in Gestalt der Funktionspflege, der Zersplitterung der Pflege in einfache, von Hilfskräften auszuführenden Tätigkeiten und in komplexe, von besser qualifizierten Pflegekräften zu übernehmende Aufgaben.

¹⁵ Der springende Punkt bei der Primären Pflege besteht laut Fourcher/Howard (1981) darin, dass in dieser Organisationsform die Autonomie in der Pflegepraxis wiederhergestellt und dadurch die organisationale Rationalisierung umgekehrt wird.

¹⁶ Das 2008 vom ANCC veröffentlichte Modell für das Magnet Recognition Program zur Anerkennung als Magnet Hospital beschreibt fünf Bereiche: 1. *transformational leadership* 2. *structural empowerment*, 3. *exemplary professional practice*, 4. *new knowledge, innovations, and improvements* und 5. *empirical quality outcomes*. Pflgetheoretische Ansätze fallen unter den 4. Punkt, wobei der Begriff ‚model of care‘ vieldeutig ist.

¹⁷ Sie hat die für Bürokratien charakteristischen Konzepte mit denen von Professionen verglichen und deren Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Sie zeigt, dass der Ursprung beider Begriffe im 19. Jahrhundert liegt, dass beide von Männern eingeführt, weiterentwickelt und als Maßstab auf alle Bereiche des öffentlichen Lebens und die Erwerbssphäre übertragen worden sind, was weitreichende Folgen für die berufliche Pflege hat (s. ausführlich Mischo-Kelling 2007b).

und in dem vom Professionalismus als Wert an sich ist auch die Diskussion der *Caring*-Theorien¹⁸ in der Pflegewissenschaft anzusiedeln. Diese Diskussion hat dazu geführt, dass in einigen Beispielen von PPM diese Theorien dem jeweiligen PPM¹⁹ als ‚philosophischer‘ bzw. ‚pflegeinhaltlicher Bezugsrahmen‘ zugrunde gelegt worden sind (s. hierzu Koloroutis 2004, Birk 2007, Jasovsky et al 2010, Winsett/Hauck 2011). Ein anderer Trend besteht in der Bezugnahme auf eine patientenzentrierte Versorgung²⁰ (s. bspw. Miles/Vallish 2010:175ff).

Mit Blick auf die Verankerung der professionellen Rolle der Pflegekräfte in Organisationen und die damit verbundenen Veränderungen ist eine weitere Unterscheidung Evetts‘ hilfreich. Vor dem Hintergrund der sich vollziehenden Veränderungen in der Arbeitswelt schlägt sie eine Differenzierung zwischen zwei idealtypischen Formen des Professionalismus vor: eine berufsbezogene und eine organisationsbezogene. Weiter unterscheidet sie zwischen einer Professionalisierung ‚*from within*‘ und einer ‚*from above*‘ (Evetts 2005: 4, 7). In der ersten Variante wird der Markt von der professionellen Gruppe erfolgreich beeinflusst, während er in der zweiten Variante von fremden Kräften dominiert wird. Für die Pflege sind insbesondere die Konsequenzen der Verbreitung des organisationsbezogenen Professionalismus und einer davon ausgehenden Professionalisierung²¹ ‚*from above*‘ bezüglich der von ihr angestrebten Durchsetzung professioneller Arbeitsweisen bedeutsam. Dieser Professionalismus und die ‚*from above*‘ gesteuerte Professionalisierung wirken sich auf die Art und Weise aus, wie die Pflege die im allgemeinen professionellen Handlungsmodell verkörpert Arbeitsweisen umsetzen und darüber ihr professionsspezifisches Wissen zur Geltung bringen kann. An dieser Stelle sollen aus einer Auflistung von Aspekten, die nach Evetts (2011: 36) das Image/Bild und die Ideologie des Professionalismus als berufsbezogener Wert prägen und diesen gerade für aufstrebende Professionen so anziehend machen, nur jene herausgegriffen werden, die für die Umsetzung von PPM relevant sind:

- „Kontrolle der Arbeitssysteme, Prozesse, Prozeduren, Prioritäten, die primär von den Praktikern bestimmt werden“²² [...]
- kollegiale Autorität, Rechtmäßigkeit (*legitimacy*), gegenseitige Unterstützung und Kooperation [...]
- Ermessensspielraum bei der Urteilsfindung, Einschätzung-Evaluation und Entscheidungsfindung in häufig hochkomplexen Fällen und bei der vertraulichen Beratung der Mittel, Dinge voranzubringen
- ein starkes Gefühl/Gespür für die Zielsetzung (*purpose*) und für deren Bedeutung, für die Aufgabe, den Beitrag und den Stellenwert der Arbeit (*significance*)
- die Entwicklung starker Arbeitsidentitäten und Arbeitskulturen
- Vertrauen und Zuversicht, die die Beziehungen zwischen PraktikerInnen/Klienten, Praktikerinnen/Arbeitgebern und zwischen den Kolleginnen charakterisieren“ (Evetts 2011: 36).

Ermöglichen die ersten drei Aspekte die Umsetzung der professionellen Arbeitsweisen, so sind die letztgenannten Aspekte für die Entwicklung einer professionellen Expertise auf hohem Niveau und von Arbeitsbeziehungen wichtig, die die Patienten und ihr Bezugssystem sowie die Professionellen gleichermaßen ermächtigen (*empower*). Je nachdem, ob die Führungskräfte sich mehr einem *organisationsbezogenen* Professionalismus und einer *organisati-*

¹⁸ Scott (2008: 241ff) gibt zu bedenken, dass im Zuge des New Professionalism qualifiziertes Pflegepersonal immer mehr von der direkten Pflege abgezogen worden ist und immer mehr ärztliche Aufgaben übernommen hat. Aufgaben, die hingegen mit ‚caring‘ assoziiert werden, wurden in diesem Prozess von den Pflegenden selbst eher entwertet statt aufgewertet. Die Pflege wird an andere delegiert, ein Trend der als ‚*Pflege durch Stellvertreter*‘ (Clifford, zitiert in Scott 2008: 241) beschrieben wird.

¹⁹ Ein anderes Beispiel ist das Synergie-Modell (s. Curley 2007). Insgesamt bleibt der pflegetheoretische Input in den PPM eher vage.

²⁰ Miles/Vallish (2010: 175ff) nehmen explizit Bezug auf die Dimensionen einer patientenzentrierten Versorgung, wie sie die Forscher des Pickert Instituts aus den Ergebnissen von Patienteninterviews herausgearbeitet haben: Zugang zur Versorgung, Respekt vor den Werten, Präferenzen und den geäußerten Erfordernissen des Patienten (s. www.nrcpickert.com). Sie begründen ihre Wahl mit der begrenzten Reichweite traditioneller Pflegemodelle ohne zu sagen, welche sie damit meinen.

²¹ Sie entspricht einem Professionsverständnis, das nach Donald Schön (1983: 21ff) einem Modell der ‚technischen Rationalität‘ entspricht, bei dem der Modus der instrumentellen Problemlösung vorherrscht.

²² Dieser Aspekt verweist auf eine wichtige Dimension des in der Pflege diskutierten Konzepts der Autonomie und zwar auf die Dimension „Kontrolle über die Arbeit“ (s. Kramer/Maguire/Schmalenberg/Maguire et al.2008).

onsbezogenen Professionalisierung²³, verpflichtet fühlen, wie sie in heutigen Managementansätzen in Form von Controlling, Outcome-Messung, Qualitätsaudits etc. zum Ausdruck kommt, oder dem Professionalismus als einem *berufsbezogenen* Wert, wird ihre Einflussnahme auf den Handlungsspielraum der einzelnen Pflegekraft auf der Ebene der Pflegekraft-Patient-Beziehung anders ausfallen (s. hierzu Maben et al. 2006, 2007)²⁴. Dies kann dazu führen, dass das erwähnte Strukturproblem (s. Kap 4, Mülleimer-Fahrtstuhltheorie) der Pflege perpetuiert statt überwunden wird. Eine solche Gefahr besteht vor allem dann, wenn die Pflege als Folge des international zu beobachtenden Trends der totalen Ökonomisierung im Gesundheits- und Sozialbereich einseitig nach ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten organisiert wird und dabei die besonderen Merkmale personenbezogener Dienstleistungen vernachlässigt werden (s. auch Noordegraaf 2007, Slotala/Bauer 2009²⁵, Bartholomeyczik 2011a, c). In diesem Fall wird die Pflege statt nur von der Medizin nun auch von der Ökonomie dominiert (s. auch Raven 2009a). Ein anderer zu berücksichtigender Aspekt ist, dass seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auch das Management und damit das kaufmännische Krankenhausmanagement eine ‚Professionalisierung‘²⁶ durchlaufen hat. Eine Folge ist, dass unterschiedliche Professionsverständnisse miteinander konkurrieren.

Wie die Erfahrungen mit PPM und mit PD zeigen, erfordert die Realisierung eines PPM und einer professionellen Praxisexpertise vor allem die Bereitschaft der Führungskräfte, den Professionsgedanken umfassend auf die Arbeit der Pflegekräfte zu übertragen. Sie zeigen aber auch, dass es notwendig ist, die Grenzen desselben mit zu bedenken. Es gilt, traditionelle Vorstellungen zu überwinden und die organisatorischen Voraussetzungen für innovative, zukunftsfähige Modelle zu schaffen²⁷. Dies bedeutet auch, die Wandlungen des Verständnisses von Profession, d.h. den berufsbezogenen und organisationalen Professionalismus mit zu reflektieren und sich kritisch mit Ideen eines ‚kommerzialiserten Professionalismus‘²⁸ (s. Evetts 2003, 2011) auseinanderzusetzen. Ungeachtet des Entwicklungsstands der Professionalisierung in der Pflege sind innovative und zukunftsfähige Professionelle Praxismodelle erforderlich, die die spezifischen Merkmale personenbezogener Dienstleistungen wie *Ungewissheit*, *Mehrdeutigkeit*, *Komplexität* und *Ko-Produktion* berücksichtigen und die insofern auch die herausragenden Kennzeichen professioneller Arbeit

²³ Diese Form des Professionalismus entspricht der von Fourcher/Howard (1981) beschriebenen Strategie der Pflege, wonach das Pflegemanagement die Kontrolle über den organisationalen Rationalisierungsprozesses selbst in die Hand nimmt.

²⁴ Maben et al (2006, 2007) beschreiben auf der Basis der Daten einer Langzeitstudie mit Jungakademikerinnen in der Pflege (new graduates) den negativen Einfluss neuer Managementstrategien auf die Pflege, sofern diese zentrale Aspekte pflegerischen Handelns nicht gebührend berücksichtigen. Sie sprechen von organisatorischer und professioneller Sabotage. Ein solcher Prozess kann aber auch anders ausfallen, wenn die Pflegeführungskräfte eine doppelte Strategie fahren, d.h. wenn sie die organisationale Rationalisierung mit der personalen Rationalisierung verbinden und beide Strategien **pflegeinhaltlich** und **pflegewissenschaftlich** abstützen und dies mittels entsprechender Outcome-Indikatoren belegen.

²⁵ Slotala/Bauer (2009: 58) haben sich mit den Folgen der marktwirtschaftlichen Transformation des Gesundheitswesens für die Pflege im Krankenhausbereich und im ambulanten Bereich auseinander gesetzt. Sie stellen fest, dass wenig Klarheit besteht, „welcher Systematik der Transformationsprozess im Zuge der als Ökonomisierung bezeichneten Entwicklung im Gesundheitswesen folgt, bei dem die beiden Rationalitäten ‚therapeutischer Erfolg‘ und ‚ökonomischer Erfolg‘ neu miteinander verknüpft werden müssen. Weiter bemerken sie, dass „differenzierte Befunde speziell auf der Ebene des pflegerischen Handelns und Entscheidens in den verschiedenen Versorgungssettings indes immer noch (fehlen)“.

²⁶ Der Einfluss dieser Entwicklung spiegelt sich in entsprechenden Studiengängen für Pflege- und Gesundheitsmanagement sowie in der entsprechenden (Pflege-)Managementliteratur wieder. Es bedarf einer empirischen Überprüfung, ob der in Deutschland zu beobachtende Trend, Führungspositionen in der Pflege mit akademisch qualifizierten Personen zu besetzen, dazu führt, die Pflege pflegeinhaltlich voranzubringen und am Ort der Leistungserbringung zu professionalisieren.

²⁷ Wie der Literatur zu Magnet Hospitals entnommen werden kann, muss der Status als Magnet Hospital immer wieder neu erarbeitet werden. Dies bedeutet, dass das Praxismodell einschließlich der hierfür gewählten Organisationsform der Pflege, immer neu den sich verändernden Rahmenbedingungen angepasst werden muss. Ein Krankenhaus, welches den Status eines Magnet Hospitals errungen hat, kann sich alle vier Jahre einer freiwilligen externen professionellen Peer Review unterziehen. Die Kriterien dieser Überprüfung finden sich im Magnet Recognition Program Application Manual (www.nursecredentialing.org/magnet/index.html)

²⁸ Kritisch zum Verlauf der Professionalisierung in Deutschland seit den 1990er Jahren äußern sich. Krampe (2008), Raven (2007, 2009a+b). Hutwelker (2005: 148) bemängelt an diesem Prozess den Trend zur Technokratisierung anstelle der Fokussierung auf eine pflegerische Handlungspraxis.

sind. Eine häufig geübte Kritik an traditionell verstandener professioneller Arbeit bezieht sich auf die distanzierte, technokratische Haltung der Professionellen, auf eine **Krankheitszentrierung** statt auf eine **Orientierung am Patienten bzw. an den zu versorgenden Menschen**. Dieser Kritik wird in den PPM der neuen Generation (s. Kimball et al. 2007, Curley 2007, Koloroutis 2004) und vor allem im Ansatz der Praxisentwicklung (s. McCormack et al. 2004, Manley et al. 2008, Hardy et al. 2009) durch die explizite Verfolgung einer wie auch immer gearteten Patienten- bzw. Personen- und Familienorientierung Rechnung getragen. In dieser wird eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient angestrebt. Die Verankerung der Pflege als Profession auf institutioneller Ebene geht mit Veränderungen auf verschiedenen Ebenen einher. Mit Blick auf die Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven sind die mit den Veränderungsprozessen einhergehenden **Wandlungen des professionellen Selbst, Selbstkonzepts und der entsprechenden professionellen Identitäten der einzelnen Pflegekraft** hervorzuheben, aber auch die Änderungen der **kollektiven Identität auf der Ebene des Pflegeteams** und der **Pflege als Gesamtgruppe** in einer Organisation. Deshalb sollen an dieser Stelle wichtige Elemente eines PPM und der Praxisentwicklung skizziert werden. Beide Ansätze bieten nicht nur wichtige Orientierungen für die Gestaltung der erforderlichen Veränderungsprozesse, sondern auch Hinweise auf die von Pflegekräften wie Führungskräften zu leistende Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven.

9.1.1 PROFESSIONELLE ARBEIT IN BÜROKRATISCHEN EXPERTENORGANISATIONEN: PPM UND PRAXISENTWICKLUNG

9.1.1.1 PROFESSIONELLE PRAXISMODELLE

Mit dem Begriff ‚Professionelles Pflege-Praxismodell‘ (PPPM) bzw. ‚Professionelles Praxismodell (PPM) werden in der Fachliteratur eine Vielzahl von Aktivitäten und Merkmalen gefasst²⁹. Harwood et al. (2007: 22) unterscheiden zwischen bürokratischen und professionellen Praxismodellen. Erstere orientieren sich ihrem Wesen nach an Hierarchien und Tätigkeiten. Sie entsprechen Freidsons Logik der Arbeitsteilung nach dem freien Markt und der bürokratischen Arbeitsteilung, wohingegen professionelle Praxismodelle die komplexen und unvorhergesehenen Aspekte der Patientenversorgung mit berücksichtigen und die Arbeit nach der Logik des Professionalismus organisieren (s. auch Kap. 4). Hoffart/Woods (1996: 354ff) verstehen unter einem PPM ein (konzeptuelles) System, das einer Pflegekraft den organisatorischen Rahmen bietet, um Einfluss auf die von ihr zu erbringende Pflege sowie auf das entsprechende Arbeitsumfeld zu nehmen. Sie haben wichtige Bausteine eines PPM identifiziert (s. Tabelle 9.1).

Hervorzuheben ist, dass der Begriff ‚PPM‘ auf eine organisatorische Struktur (Bezugsrahmen) wie auf eine organisatorische Gesamtstrategie verweist. Die Verankerung und Stärkung der professionellen Rolle der Pflegekraft auf der betrieblichen Ebene ebenso wie die betriebliche Anerkennung der Bedeutung, die einer professionellen Pflege im Rahmen der Patientenversorgung zukommt, werden zunehmend als Voraussetzung für eine sichere und ergebnisorientierte Patientenversorgung betrachtet (s. auch Page 2004). Die im Zentrum eines PPM stehende professionelle Praxis einer Pflegekraft kann durch ein professionelles Praxisumfeld (Professional Practice Environment/PPE) gefördert werden. Es hat sich gezeigt, dass ein solches Umfeld hilfreich ist, aber für eine nachhaltige Implementation einer professionellen Praxis nicht ausreicht. In diesem Sinn beschreiben die o.g. fünf ‚Bausteine‘ eines Professionellen Praxismodells lediglich, **wie** und **womit** eine professionelle Praxis erreicht werden kann. Wolf/Greenhouse (s. 2007: 382f) heben fünf Trends hervor, die die zukünftige Entwicklung professioneller PPM beeinflussen werden:

1. Veränderungen auf Seiten der Patienten
2. Veränderungen auf Seiten der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen

²⁹ Die Bezeichnung PPM kann vieles bedeuten. Nach Kramer/Schmalenberg (2005b: 283) definiert die AACN ein PPM als Organisationsform der Patientenversorgung in der Regel als Primäre Pflege. Andere verstehen darunter eine geteilte Steuerung (Shared Governance, SG), wiederum andere ein Modell, das Autonomie, Kontrolle über das Praxisumfeld und eine effektive Kommunikation zwischen Pflegekräften, Ärzten und Verwaltung beinhaltet.

3. medizinischer und medizintechnologischer Fortschritt
4. Informationstechnologie
5. Änderungen im Bereich der Finanzierung/Vergütung von Dienstleistungen³⁰.

Tab.9.1: Elemente eines PPM nach Hoffart/Woods (1996: 354ff)

Elemente eines PPM	Konzepte
1. professionelles Wertesystem	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie der Pflegekräfte • Rechenschaft (<i>accountability</i>) der Pflegekräfte • Professionelle Entwicklung • Qualitativ hochstehende Patientenversorgung
2. professionelle (Arbeits-) Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zwischen Pflegekräften • Zwischen Pflegekräften und anderen Gesundheitsprofessionen • Arbeit in multidisziplinären Teams
3. Organisationsform der Pflege bzw. Pflegesystem ³¹	<ul style="list-style-type: none"> • Primäre Pflege • Case Management • Patientenfokussierte Versorgung
4. Führungsverständnis	<ul style="list-style-type: none"> • Dezentrale Entscheidungsfindung • Reichweite und Ausmaß der Verantwortung der Stationsleitung • Einleitung struktureller Maßnahmen zur Unterstützung einer professionellen Praxis
5. Anerkennung und Honorierung	<ul style="list-style-type: none"> • Entlohnung und Honorierungssystem

Kimball et al. (2007) hingegen haben sich mit konkreten neuen Entwicklungen in der Patientenversorgung in den USA auseinandergesetzt. Diese sind im Zusammenhang mit einer grundlegenden Neuorganisation des Gesundheitswesens zu sehen, wie sie im Bericht des Institute of Medicine (IOM) „Crossing the Quality Chasm“ (Die Qualitätskluft überbrücken) gefordert wird, sowie mit dem vorherrschenden Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal und der Forderung nach einer qualitativen, am Patienten orientierten Versorgung. Die von ihnen identifizierten Innovationstreiber sind in Abb. 9.1 dargestellt.

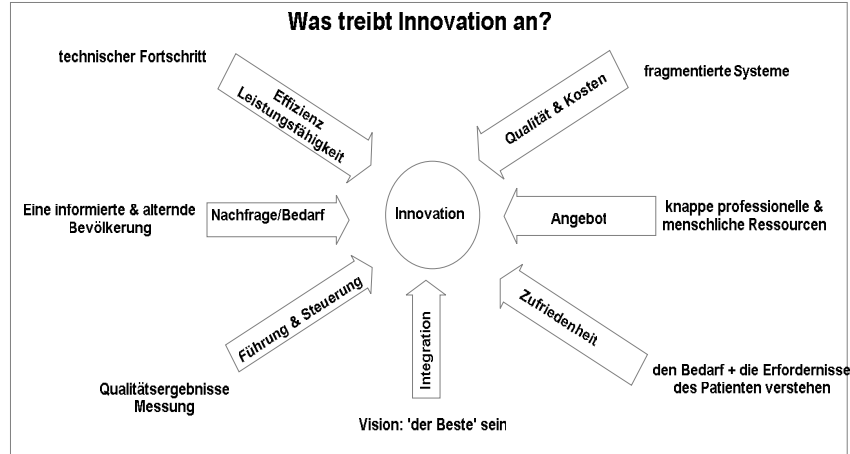


Abb. 9.1: Innovationstreiber der Gesundheitsversorgung nach Kimball et al. (2007: 393)

Bei ihrer Suche nach innovativen Modellen der Patientenversorgung, die diese Dinge berücksichtigen und die professionelle Rolle der Pflegekraft stützen, haben Kimball et al. (2007: 396ff) die nachstehenden gemeinsamen **Elemente** der ‚neuen Versorgungsmodelle‘ ermittelt:

³⁰ In eine ähnliche Richtung weisen die von Manley et al. (2008: 382ff) ausgemachten zukünftigen Trends der Gesundheitsversorgung, die sie unter dem Gesichtspunkt des Beitrags des Ansatzes der PD untersucht haben.

³¹ Andere bekannte Organisationsformen sind die Funktionspflege, Gruppenpflege und die ganzheitliche Pflege (*total patient care*). In den von Hoffart/Woods (1996: 358) analysierten PPM ist die Primäre Pflege die Organisationsform der Wahl. Das Organisationssystem der Primären Pflege ist eine gute Basis für die Entwicklung eines Professionellen Praxismodells und damit für eine wissenschaftsbasierte theoriegeleitete Praxis anstelle einer tätigkeitsbasierten Praxis (Mischo-Kelling 2007c).

1. Eine herausgehobene Rolle der Pflegekraft (RN): „von der traditionellen Versorgung zur/m ‚primären ManagerIn der Versorgung/Pflege‘“
2. ein verschärfter Fokus auf den Patienten: Das Konzept ‚Patientenzentrierung‘ wird auf ein neues Niveau gehoben
3. Glätten der Patientenübergänge und Übergabe mittels des Einsatzes spezifischer Instrumente wie Assessment, Patientenedukation und Messung
4. Nutzen der Technik/Technologie als Hebel wie z.B. die elektronische Patientenakte, um neue Versorgungsmodelle zu ermöglichen
5. ergebnisgetrieben: Die Realisierbarkeit und Sichtbarkeit der Rekonstruktion der Versorgung wird anhand einer breiten Palette von Indikatoren (klinische Indikatoren, Qualitäts-, Sicherheits-, Finanz- und Zufriedenheitsindikatoren) belegt.

Sie kommen zu dem Ergebnis, dass folgende Schlüssellektionen bei den von ihnen evaluierten Versorgungsmodellen gelernt wurden:

1. Frühe und regelmäßige Einbeziehung der *care-givers* bei der Entwicklung und Implementation
2. Führungskräfte, die ihre MitarbeiterInnen motivieren, mit Mut neue Versorgungsmodelle zu entwickeln, haben die Bedeutung erkannt, die Organisation auf den Wandel vorzubereiten
3. Förderung von Innovationen ist eine geteilte Verantwortung (shared responsibility)
4. der Erfolg hängt von der Teamleistung ab
5. eine wichtige Strategie besteht darin, Führungskompetenz aufzubauen und Partizipation auf allen Ebenen zu fördern (s. Kimball et al. 2007: 397f).

Die bisher referierten PPM-Bausteine werden in den in der Literatur beschriebenen PPM in unterschiedlichem Umfang berücksichtigt. Ganz allgemein liegt der Schwerpunkt dieses Ansatzes darin, die organisatorischen Rahmenbedingungen für die professionelle Arbeit in bürokratischen Expertenorganisationen auf den verschiedenen Ebenen von der Pflegekraft-Patient-Beziehung bis zur Geschäftsführungsebene zu schaffen. Die Studien zu Magnet Hospitals³² ermöglichen ein erweitertes Verständnis von PPM und der damit verbundenen Arbeit. In der Studie von McClure et al. (2002: 14) hatten die Befragten, Führungs- wie Pflegekräfte, das Arbeitsumfeld und die Arbeitsweise als die Faktoren identifiziert, die eine professionelle Pflegepraxis ermöglichen. Für das Pflegepersonal waren folgende Punkte wichtig: ‚Autonomie, Primäre Pflege, Mentorin, Anerkennung als Professionelle, Respekt und die Möglichkeit, die Pflege so zu praktizieren, wie sie praktiziert werden sollte‘. Kramer/Schmalenberg (2005b: 276, 284) verwenden in ihren Studien das auf Donabedian zurückgehende Struktur-Prozess-Outcome (SPO) Paradigma zur Evaluation der jeweils untersuchten Aspekte. Dieses Paradigma ist aufgrund der SPO Verknüpfungen vereinigend (*unifying*) und zugleich umfassend, da es verschiedene Perspektiven verbindet. Unterschiede zwischen der Wahrnehmung und Interpretation von Sachverhalten seitens der Pflegeführungskräfte und des Pflegepersonals können besser erklärt werden. In der von Kramer/Schmalenberg (2002: 29) im Jahr 2001 durchgeführten Studie identifizierten 279 Pflegekräfte aus 14 Magnet Hospitals ***acht grundlegende Arbeitsprozesse und Beziehungen*** (*essential of magnetism* - EOM), die aus ihrer Sicht die Erbringung einer sicheren, qualitativen Patientenversorgung ermöglichen. Die Bedeutung dieser ***acht Arbeitsprozesse*** für die Versorgung und für die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte wurde in den folgenden Jahren in weiteren Studien in 81 Magnet-Krankenhäusern und Häusern, die diesen Status anstrebten, in 34 Staaten und in 13 *home health agencies* in 9 Staaten der USA untersucht (s. Kramer/ Schmalenberg/Maguire 2010: 6ff). In Tabelle 9.2 sind die unter das SPO-Paradigma fallenden Aspekte bzw. Prozesse zusammengefasst.

³² Einige ausgewählte Forschungsartikel zu Magnet Hospitals ab dem Jahr 2000 finden sich im Supplement, dass das American Nurses Credentialing Center (ANCC) im July/August 2009 in Zusammenarbeit mit der Fachzeitschrift JONA herausgegeben hat und die frei zugänglich sind unter: www.nursingcenter.com/library/journalissue.asp?Journal_ID=54024&Issue_ID=930058.

Tab. 9.2: Das Struktur-Prozess-Outcome-Paradigma nach Kramer/Schmalenberg (2002: 29, 2005b: 276f), Schmalenberg/Kramer (2008: 3), Kramer/Schmalenberg/Maguire (2010: 6)

Struktur³³ (having the right things)	Prozesse³⁴ – EOM (2002, 2010) (doing the right things right)	Outcome³⁵ (obtaining desired results)
Magnet Hospital Standards 1. Führung (Leadership) 2. Organisationsstruktur (flache Struktur) 3. Personalpolitik 4. Professionelle Modelle der Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> • Primäre Pflege • Case Management • Familienorientierte Pflege • ‚Ganzheitliche‘ Pflege 	Acht zentrale Prozesse: 1. Klinisch kompetente KollegInnen 2. Auf Zusammenarbeit setzende Pflegekraft-Arzt-Beziehungen 3. Klinische Autonomie 4. Unterstützung für Bildung 5. Wahrnehmung der Personalausstattung als ausreichend 6. Unterstützung der Pflegekräfte durch die Leitung/Führung 7. Kontrolle der Pflegepraxis (CNP) 8. Kultur, in der der Patient höchsten Vorrang hat	1. Allgemeine Arbeitszufriedenheit (<i>overall job satisfaction</i> , OJS) 2. Von den Pflegekräften eingeschätzte Qualität der Patientenversorgung (<i>quality care</i> , QC)

Kramer/Schmalenberg (2005b: 282) weisen darauf hin, dass die Kernkonstrukte und Merkmale von Magnet Hospitals innerhalb der Pflege von den diversen Gruppen (Pflegepersonal, Führungspersonen, ForscherInnen) unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert werden. So werde etwa die Autonomie, die in ‚klinische Autonomie‘ und ‚Kontrolle über die Pflegepraxis‘ weiter ausdifferenziert wird, von einigen Autorinnen als ein Strukturmerkmal definiert. Sie hingegen werten beide Dimensionen aufgrund der Ergebnisse ihrer Studien als Prozess (s. Kramer/Schmalenberg 2005b: 283). Für Schmalenberg/Kramer (2008: 3) muss bei der Bewertung des Arbeitsumfelds eine Einschätzung der Verknüpfungen (*linkages*) zwischen **Struktur**, **Prozess** und **Outcome** erfolgen. Auch wenn in ihren Studien das Thema ‚**Pflege-theorien**‘ als Basis pflegerischer klinischer Entscheidungen keine Rolle spielt, bieten die Erkenntnisse zu diesen acht Prozessen und den sie ermöglichenden und behindernden Faktoren nicht nur wichtige Hinweise für eine erfolgreiche Umsetzung von PPM, sondern auch für die Nutzung der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns. Bevor auf einige von ihnen eingegangen wird, soll zunächst das Konzept der Praxisentwicklung in groben Zügen skizziert werden.

9.1.1.2 PRAXISENTWICKLUNG

Der Ansatz der Praxisentwicklung (**PD**) ist ein in der Aktionsforschung und im Aktionslernen verwurzelter Ansatz. Im Zuge der langjährigen Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen von PD³⁶ haben sich neun Schlüsselprinzipien herauskristallisiert, die die verschiedenen hierunter fallenden Aktivitäten beschreiben (Manley/McCormack & Vilson 2008: 3). Nachstehend sind die Prinzipien genannt, die für die praktische Umsetzung der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns von Bedeutung sind:

³³ Hierunter fassen sie „die physischen und organisatorischen Merkmale einer Organisation, die aus mehr oder weniger stabilen Umgebungsaspekten besteht“ (Kramer/Schmalenberg 2005b: 276)

³⁴ Hierunter verstehen sie „eine Reihe von Operationen oder Handlungen, die einem Ziel dienlich sind und die aktuelle interpersonale und technische Pflege/Versorgung ebenso beinhalten wie Handlungen, Operationen und Beziehungen, die diese Pflege/Versorgung erzeugen (Kramer/ Schmalenberg 2005b: 276)

³⁵ Die beiden Indikatoren werden von Schmalenberg/Kramer (2008) in dem Artikel „Essentials for a Productive Nurse Work Environment“ beschrieben.

³⁶ McCormack et al. (2008: 31f) beschreiben Praxisentwicklung (PD) folgendermaßen: „PD befasst sich mit dem, was in großen Organisationen und Systemen häufig schwer zu tun ist: Sie arbeitet mit Einzelnen und Teams; sie hilft Menschen, sich mit der größeren Vision, d.h. einer geteilten Vision, auseinanderzusetzen, und hilft, eine Verbindung zu den eigenen Hoffnungen herzustellen. PD hat das Potenzial, komplexe organisatorische und strategische Vorstellungen (*agenda*) in eine Praxisrealität zu transformieren. Es wird unterstellt, dass es bei einer starken Abweichung von der Vision, die die Patienten, die Gesundheitsprofessionen und die größeren Organisationen von der Gesundheitsversorgung haben, zu Konflikten kommt. In einer solchen Situation ist ‚*best practice*‘ schwer oder unmöglich zu erreichen. PD kann bei einer gegenseitigen respektvollen Arbeitsweise das Gesundheitspersonal und die Patienten dabei unterstützen, ihre Vorstellungen von einer personenbezogenen Versorgung in Übereinstimmung zu bringen. Indem PD dies tut, wird Energie freigesetzt, die ansonsten in Konflikten und in Widerstand verbraucht wird“.

- Eine patientenzentrierte und evidenzbasierte Versorgung
- die Konzentration auf die Ebene, wo der größte Anteil der Gesundheitsversorgung erfahren und angeboten wird (Mikrosysteme)
- arbeitsbezogenes Lernen mit seinem Fokus auf aktives Lernen und auf formale Systeme, die ein die Patientenversorgung transformierendes Lernen ermöglichen
- die Entwicklung von Evidenz durch die Praxis wie den Gebrauch von Evidenz in der Praxis
- Integration von Kreativität mit Kognition, um Verstand, Herz und seelische Energien miteinander zu verbinden
- aufgrund der komplexer Methodologie Möglichkeit, berufsgruppenübergreifend zu arbeiten, um so interne wie externe Interessengruppen einzubeziehen.

Die Umsetzung dieser Prinzipien kann auf verschiedene Art und Weise sowie in unterschiedlichem Umfang, d.h. z.B. stations-, krankenhausbezogen, krankenhaus- oder sektorübergreifend (stationär/ambulant) erfolgen. Ähnlich wie die PPM bietet der Ansatz des PD keine schnellen Lösungen an, sondern zielt mittels unterschiedlicher Vorgehensweisen auf eine nachhaltige Veränderung der Praxis. In anderen Veröffentlichungen wird das erstgenannte Prinzip in Bezug auf die Entwicklung einer Pflegeexpertise und einer Expertise in der Entwicklung personenzentrierter Systeme weiter spezifiziert und in der Pflegekraft-Patient-Beziehung verortet. Nach Manley et al. (2009: 3) müssen bei der Entwicklung personenzentrierter Systeme vier Bereiche berücksichtigt werden:

1. „die Förderung der Veränderung der Praxis und einer Kultur der Leistungsfähigkeit (Effektivität) am Arbeitsplatz mittels Führung
2. die Förderung von Erkundung, Evaluation und Nutzung von Evidenz in der Praxis
3. die Förderung von Lernen und einer arbeitsplatzbezogenen Lernkultur, in der Lernen in und aus der Praxis die Norm ist und wo alles Lernen zu einer Transformation der Praxis führt
4. das Nutzen von Beratungsansätzen, die die eigene Zulänglichkeit (*sufficiency*) bei der Problemlösung quer über die Teams und in einer Organisation unterstützt“.

Weiter ist es wichtig, die Beziehungen zwischen den verschiedenen Rollen zu erkennen, die eine Expertise in der Pflegepraxis und eine Expertise in personenzentrierten Systemen umfassen. Der Begriff der Pflegepraxis wird, auch wenn er in der Pflegekraft-Patient-Beziehung verankert ist, in einem weiten Sinn verwendet. Er umfasst das gesamte Gesundheitsteam. Der Praxisgedanke wird auf die *„gesamte Reise‘ des Patienten durch das Gesundheitssystem* ausgedehnt, bei der er eine Anzahl von Schnittstellen überqueren kann. Das Bild einer ‚Reise‘ in Bezug auf die Pflegepraxis kann gut mit der Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven eines zu pflegenden Menschen verknüpft werden. In beiden Fällen wird die Pflege eines Patienten in einem breiteren räumlich-zeitlichen Kontext gesehen. Während die Pflegeverlaufskurven Phänomene sind, die den Menschen das ganze Leben begleiten, verweist die Reisemetapher auf ein zeitlich begrenztes, aber wiederkehrendes Phänomen. Im Kontext der PD wird eine wichtige, von der Pflege wahrzunehmende Rolle im Bereich des Schnittstellenmanagements gesehen. Aus der Idee, dass der Patient durch das Gesundheitswesen reist, werden die nachfolgenden fünf Bereiche der Pflege abgeleitet, in denen es eine Expertise zu entwickeln gilt. Diese sind:

1. „Werte der Pflege/Patientenversorgung
2. Fokussieren auf Beziehungen mit Einzelnen, Gruppen, Populationen
3. Management/Förderung des Kontexts der Pflege/Patientenversorgung
4. Ermöglichen der Koordination und Kontinuität der Versorgung
5. Nutzen der Kenntnis des Patienten als Menschen (*„knowing the patient“*) beim Assessment, den Interventionen, der Evaluation, der Patientenedukation und der Gesundheitsförderung in Verbindung mit Konzepten von Gesundheit und Krankheit sowie deren Implikationen“ (s. Manley 2000, zitiert in Manley et al. 2009: 4).

Darüber hinaus wird unterstellt, dass die Entwicklung einer Pflegeexpertise in diesen fünf Bereichen nicht gleichförmig verläuft, sondern in den einzelnen Bereichen unterschiedliche Verlaufskurven aufweisen kann.

In der Literatur werden verschiedene Beispiele von Praxisentwicklungsprojekten auf unterschiedlichen Ebenen, mit jeweils anderer Zielsetzung sowie unter Einbeziehung von einer oder mehreren Professionen und der Nutzer der jeweiligen Dienstleistungen wie Patienten, Selbsthilfegruppen, Verbraucherschutzgruppen sowie verschiedener Interessensgruppen beschrieben. Hierbei kommt eine Vielfalt von methodischen Verfahren zur Anwendung. Ein charakteristisches Merkmal dieser Strategien besteht in ihrem partizipatorischen und emanzipatorischen Ansatz. Ziel dieses Ansatzes ist es, die Professionellen von einem engen, technokratischen oder szientistischen Arbeitsverständnis zu befreien und die Patienten aus einer passiven Rolle. Von den verschiedenen Formen der PD verfolgen die VertreterInnen dieses Ansatzes in der Pflege die emanzipative (s. HSE 2010: 14, Broomer/McCormack 2010: 634) und/oder transformative Form der PD (Titchen 2011). In diesem Ansatz nimmt die Entwicklung der professionellen Expertise eine herausragende Stellung ein. Eine zentrale Erkenntnis ist, dass die Entfaltung einer Pflegeexpertise und deren Nutzung in der Pflegekraft-Patient-Beziehung vom Vorliegen so genannter ermöglichender Faktoren abhängig ist, etwa von

1. der Fähigkeit zur Reflexion
2. der Organisation der Arbeit
3. Autonomie und Autorität
4. interpersonalen Beziehungen
5. der Anerkennung von Anderen
6. einer sachkundigen Begleitung (Manley et al. 2005: 24f).

Diese die Pflegeexpertise ermöglichenden Faktoren sind auch immer wieder Gegenstand der diversen Arbeiten zu den PPM und den Merkmalen von Magnet Hospitals. Von diesen Punkten kommt besonders der Arbeitszufriedenheit und einer von den Pflegekräften einzuschätzenden hohen Qualität der Pflege/Patientenversorgung eine wichtige Rolle zu. Umso erstaunlicher ist, dass sich in der Literatur nur wenige Veröffentlichungen finden, die Auskunft über den Prozess einer erfolgreichen Implementierung von PPM geben (s. z.B. Clifford/Horvath 1990, Mayer et al. 1990, Curley 2007). In vielen Studien ist indes deutlich belegt, dass den Führungskräften³⁷ der verschiedenen Ebenen eine zentrale Rolle bei der Implementierung und inhaltlichen Entwicklung eines PPM bzw. professionellen und gesunden Arbeitsumfelds zukommt (s. Morjikian/Kimball/ Joynt 2007; Arford/Zone-Smith 2008, Storey/Linden/ Fisher 2008, Jost 2010). Dies wird durch das in allen Modellen/Arbeiten anzutreffende Thema ‚Führung‘ hervorgehoben. Deshalb soll auf die Rolle der Pflegeführungskräfte näher eingegangen werden.

9.1.1.3 ZUR ROLLE DER FÜHRUNGSKRÄFTE BEI DER ERMÖGLICHUNG EINER PROFESSIONELLEN PRAXIS

Nach den vorliegenden Ergebnissen zu PPM und dem Ansatz der PD besteht die Aufgabe der Führungskräfte darin, ein professionelles bzw. produktives Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem professionelle WissensarbeiterInnen ihr Potenzial entfalten und weiterentwickeln können. Auf der Abteilungs- und Stationsebene ist das Führungsverhalten der Leitung ein Schlüssel für das effektive Funktionieren der Abteilung/Station, für eine hohe Qualität der Patientenversorgung und für die Erhaltung (*retention*) des Pflegepersonals (Kramer/Schmalenberg 2009: 61 ff, Kramer/ Schmalenberg/Maguire 2010: 10). Um dieser Aufgabe als Führungskraft gerecht zu werden, muss das Dilemma, in welchem sich Pflegeführungskräfte aufgrund ihrer formalen Position befinden und das Joyce Clifford (1981: 19) in der Aussage „I’m caught wearing two hats“³⁸ zum Ausdruck bringt, erkannt und immer wieder reflektiert werden. Dieses resultiert aus den schon beschriebenen Unverträglichkeiten zwischen bürokratischen und professionellen Erfordernissen. Die Führungsposition bringt es mit sich, dass die PositionsinhaberInnen nicht nur gegenüber dem Unterneh-

³⁷ Dass Führungskräfte eine zentrale Rolle spielen, ist auch eine wichtige Erkenntnis der Praxisentwicklung (s. z.B. Manley et al. 2009: 15ff), die in UK zur Entwicklung mehrerer Leadership-Development Programme für Führungskräfte des NHS und zur Einrichtung eines NHS-Leadership Centre geführt hat (s. bspw. Jasper 2005, s. auch www.institute.nhs.uk).

³⁸ Im übertragenen Sinn bedeutet dies ‚zwischen zwei Stühlen sitzen‘. In diesem Dilemma befinden sich alle Führungskräfte, die für klinisch tätige Professionelle verantwortlich sind.

men rechenschaftspflichtig³⁹ sind, sondern auch gegenüber der eigenen Profession. Bei der Beschreibung des damit verbundenen Konflikts greift Clifford auf Amitai Etzioni zurück, der mit Blick auf die administrative und die professionelle Autorität feststellt, dass

- „Wissen größtenteils ein individuelles Gut ist
- Wissen im Unterschied zu anderen organisatorischen Mitteln nicht durch Anordnung von einer Person auf eine andere übertragen werden kann“ (Etzioni, zitiert in Clifford 1981: 20).

Übertragen auf Professionen, deren Mitglieder sich als Wissensarbeiter verstehen, heißt das, dass die einzelnen Professionellen die Verantwortung für ihre Entscheidungen und das daraus folgende Handeln tragen. Genau dieser Sachverhalt kann Pflegeführungskräfte aufgrund der Gegensätzlichkeit von administrativer und professioneller Rechenschaft (*accountability*) in ein Dilemma stürzen. Die Integration beider Konzepte in das eigene Handeln stellt die Führungskräfte vor hohe Herausforderungen. So verlangt die Schaffung eines Umfelds, in dem eine Pflegekraft als Professionelle denken, handeln und sich verhalten kann, den Führungskräften nach Clifford (1981) bei gleichzeitiger Wahrnehmung der betrieblichen Verantwortung/Rechenschaftspflicht erhebliche Denkleistungen und harte Arbeit ab. Sie beschreibt wesentliche Funktionen und Rollen, die im organisatorischen und professionsbezogenen Verantwortungsbereich einer Pflegedienstleiterin liegen. Diese werden in Tabelle 9.3 wiedergeben, da einigen von ihnen bei der Ausgestaltung der professionellen Pflegeverlaufskurve eine wichtige Rolle zukommt.

Ein wichtiges Ergebnis Cliffords legt nahe, dass ein zentraler Bereich der klinischen Führung trotz aller Restrukturierungen erhalten bleiben sollte. Gleichwohl zeigen die Daten der von ihr untersuchten Krankenhäuser, dass im Zuge der Veränderungen die klinische Funktion der CNO-Rolle nicht mit der administrativen Funktion Schritt gehalten hat, wo es zu einer Erweiterung gekommen ist. Laut Clifford (1998: 120) kann sich diese Distanzierung der Führungsrolle vom professionellen Bereich der klinischen Pflege negativ auf die Pflege und damit auch auf die Patientenversorgung auswirken. Die Gesundheitsbetriebe sind gut beraten, beide Funktionen auf allen Ebenen strukturell gut zu verankern.

Wie die Erfahrungen mit Professionellen Praxismodellen und mit dem Ansatz der PD zeigen, ist die Schaffung eines solchen Umfeldes in einer Organisation, in der nicht nur eine, sondern mehrere Professionen arbeiten, ein langwieriges und anspruchsvolles Unterfangen, das eine fachkundige (*expert*) Führung verlangt. Insbesondere den Stationsleitungen/Funktionsbereichsleitungen bzw. Abteilungsleitungen/Zentrumsleitungen kommt in diesem Zusammenhang, wie die Studien zu Magnet Hospitals, PPM und PD zeigen, eine Schlüsselfunktion zu. Auf diese Aufgabe und auf die damit verbundenen Herausforderungen sind die Stations/Funktionsleitungen international offenbar am schlechtesten vorbereitet (Bondas⁴⁰ 2006, Jaspers et al 2010, Fennimore/Wolf 2011). Je nach Entwicklung dieser Führungsrolle ist das **klinische Leadership** ein kritischer Punkt, den es zu fördern gilt (s. bspw. Surakka 2006). Ein unterstützendes Führungs- und Managementverhalten gehört auch zu den acht erwähnten ‚Essentials of Magnetism‘. Von den Pflegeführungskräften wird erwartet **„Professionelle zu führen, statt Angestellte zu managen“** (Kramer/Maguire/Schmalenberg et al 2007: 327). Dies bedeutet, die Pflegekräfte in ihrem Entwicklungsprozess von Ausführenden von Anordnungen zu selbstständig handelnden ‚*knowledge workers*‘ zu unterstützen, die das ihnen in der

³⁹ Clifford (1981: 19) diskutiert das Konzept ‚*accountability*‘ im Zusammenhang mit den Konzepten ‚Verantwortung‘, ‚Autorität‘ und ‚Autonomie‘, deren Beziehung zu- bzw. untereinander sie als komplex bezeichnet. Sie stellt fest, dass der Begriff ‚*accountability*‘ in der Managementliteratur vor den 1970er Jahren kaum erwähnt wurde. Er war stattdessen ein Bestandteil des Verantwortungsbegriffs. In der Pflegeliteratur hingegen werden in diesem Zusammenhang die Autonomie und die Autorität der Professionellen betont. Es geht um die individuelle Rechenschaftspflicht gegenüber dem Patienten, der Profession etc. bezüglich der getroffenen klinischen Entscheidungen.

⁴⁰ Terese Bondas (2006: 335ff) beschreibt vier Pfade, wie die Pflegekräfte in ihrer Studie in eine Führungsposition gekommen sind. Dies sind der ideelle Pfad, der Karrierepfad, der Zufallspfad und der temporäre Pfad. Von diesen vier Pfaden war nur der ideelle Pfad mit einer Verpflichtung zur Entwicklung der Pflege verbunden.

Ausbildung/im Studium vermittelte und in der Praxis erworbene Wissen bei der Einschätzung der erforderlichen Pflege, Planung, Umsetzung und Evaluation und bei der Gestaltung der diversen Arbeitsbeziehungen nutzen. Dies betrifft die Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem zu pflegenden Menschen einschließlich seiner Bezugspersonen und die in diesem Zusammenhang einzugehenden Beziehungen mit anderen Berufsgruppen, wobei der Pflegekraft-Arzt-Beziehung eine Schlüsselrolle zukommt (s. bspw. Clark/Lenburg 1980, Mundinger 1980). Es geht mithin um die Entwicklung von WissensarbeiterInnen und um die Weiterentwicklung des professionsspezifischen Wissenssystems⁴¹.

Tab. 9.3: Die Rollenverantwortung der Pflegedirektorin/des Pflegedirektors: Organisatorische und professionelle Komponenten (Clifford 1998:6)

Funktionen und Rollen⁴² (gehen auf Mintzberg zurück)	Organisation	Profession⁴³
Interpersonale Funktionen: <ul style="list-style-type: none"> • Verbindungsperson, Integrator (Liaison), • (Führende Rolle) • (Repräsentationsfigur, [Strohmann, Galionsfigur]) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt Vision und Richtung der Patientenversorgung vor • Nimmt die Führung in der Koordination von Dienstleistungen wahr • Integriert professionelle Standards in das Organisationssystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Nimmt die klinische Führung bei der kontinuierlichen Entwicklung klinischer Exzellenz und der Qualität der Versorgung wahr (Forschung + Evaluation) • Entwickelt ein Umfeld für die klinische Praxis, das professionelle und organisatorische Ziele integriert • Handelt als Mentor, fördert und entwickelt Pflegekräfte als Professionelle
Informationsfunktion <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikator/Sprecher • (Multiplikator/Verbreiter von Ideen) • (Kontrolleur), 	<ul style="list-style-type: none"> • Bringt die klinische, patientenbasierte Sicht in die Geschäftsentscheidungen der Organisationen ein • Übersetzt die Mission (Aufgabe), die strategischen Vorgaben und die Unternehmensanforderungen für Pflegekräfte und andere, durch das Sicherstellen des Informationsflusses zwischen der Geschäftsführung und den operativen Ebenen der Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Übersetzt die Rolle der Pflege in der Gesundheitsversorgung für die vielfältigen Gemeinschaften der internen um der externen Umwelt einer Organisation • Etabliert/begründet Erwartungen für die inter- und interdisziplinäre Zusammenarbeit
Entscheidungsfunktion <ul style="list-style-type: none"> • Designer (Unternehmerrolle) • (Zuweiser von Ressourcen) • (Handhaber von Störungen) • Verhandlungspartner 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist direkt in die Strategieplanung einbezogen und beeinflusst die strategische Richtung der Aufgabe und der Politik der Organisation • Entwirft eine Organisationsstruktur, -systeme und Standards für die Erbringung der Patientenversorgung • Entwickelt Systeme für die Evaluation der Ergebnisse der Patientenversorgung • Weist Ressourcen zu und überwacht den Ressourcenverbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> • Definiert Pflegerollen und bewertet die Erfordernisse des Systems für neue Rollen (z.B. advanced practice) • Setzt und erfüllt klinische Standards der Versorgung und der Pflegepraxis • Nutzt nationale Standards der Profession beim Neuentwurf von Organisationsformen der Patientenversorgung

⁴¹ Auffällig ist, wie wenig Wissen es über die pflegetheoretische Wissensbasis von Führungskräften gibt. In einer Untersuchung von Berg und Kisthinius (2007) über klinische Pflegesupervisoren und den in der Supervision genutzten theoretischen Bezugsrahmen zeigt, dass die Interviewten sich auf eine Vielzahl verschiedener Theorien inklusive Pflege-theorien bezogen, während ein Viertel der Interviewten dazu keine Angaben machten.

⁴² Diese drei Rollen gehen auf Henry Mintzberg (1994) zurück. Er verknüpft die Funktionen und die damit verbundenen Rollen zu einem interaktiven Kreismodell der Managementarbeit. Von den 10 Rollen, die Mintzberg im Zusammenhang mit diesen Funktionen diskutiert, hebt Clifford nur drei hervor. In der Tabelle werden die anderen von Mintzberg genannten Rollen in Klammern erwähnt.

⁴³ In dieses Aufgabenfeld gehört zwangsläufig die inhaltliche Klärung der Frage, was Pflege im Kern ist, ein Aspekt, den Schulz/Dorgerloh/Löhr (2008: 123) mit Blick auf die Pflege in Deutschland für den berufsgruppeninternen Diskurs zum Gegenstand der Pflege und zur interdisziplinären Positionierung der Berufsgruppe Pflege als unerlässlich erachten.

Ihre Aufgabe ist es, ein Arbeitsumfeld und Arbeitsklima zu schaffen, dass professionelles Handeln im Sinne einer eigenständigen oder selbstgesteuerten Pflegepraxis auf der Stationsebene ermöglicht und unterstützt, so dass eine solche Praxis von den Pflegekräften in der Beziehung Pflegekraft-Patient aktiv wahrgenommen und realisiert werden kann (s. Kramer /Schmalenberg/Maguire et al 2007: 46f, Schmalenberg/Kramer 2009a). Auch wenn eine „unterstützende Führung“ seitens der Pflegeführungskräfte in den Magnet-Hospital Studien als EOM (*essential of magnetism*) identifiziert und entsprechende Kompetenzen u.a. in den Bereichen ‚Patientensicherheit‘, ‚nichtstrafendes Umfeld‘ und ‚schwierige Übergänge‘ erwähnt werden, besteht wenig Klarheit darüber, wodurch sich das **unterstützende Führungshandeln** auszeichnet. Schmalenberg/Kramer (2009a: 63) sind dieser Frage in sieben Magnet-Hospital-Studien in der Zeit von 2001 bis 2007 nachgegangen. Das Ergebnis ihrer Arbeit ist eine Nurse-Manager-Skala bestehend aus zehn universalen Verhaltensbestandteilen der Führungsrolle⁴⁴, die von Pflegepersonal aus 14 Magnet Hospitals als wesentlich und unterstützend bezeichnet wurden. Sie stellen fest, dass diese Verhaltensweisen alle anderen EOM durchdringen wie bspw. die klinische Autonomie oder kollegiale Arzt-Pflegekraft- Beziehungen (s. auch Tab. 9.2). Pflegeführungskräfte müssen nicht nur wissen, welches unterstützende Verhalten die Pflegekräfte von ihnen erwarten, sie müssen auch über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, um ein entsprechendes Verhalten in ihrem Führungsalltag zu praktizieren⁴⁵. Werden diese Erkenntnisse auf die Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven bezogen, dann kommt den Pflegeführungskräften bei der Förderung/Weiterentwicklung des pflegerischen Wissen und der professionellen pflegerischen Handlungskompetenzen eine Schlüsselfunktion zu. Je nachdem, wie dies geschieht, fördert bzw. behindert es die von allen zu leistende Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven. In beiden Fällen hat dies Konsequenzen, insofern diese Arbeit unterschiedliche Richtungen einschlagen kann, d.h. eine Wende in die eine wie in die andere Richtung nehmen kann. Ihre positive Entwicklung ist für die Leistungsfähigkeit des Pflegedienstes als Gesamtes, für die Funktionsfähigkeit einzelner Teams und für die der Pflegekräfte von herausragender Bedeutung.

Alle in Tab. 9.3 beschriebenen organisations- und professionsbezogenen Funktionen sind für eine erfolgreiche Umsetzung von PPM und für die Entwicklung einer professionellen Expertise wichtig. Auf einige dieser Funktionen wird in den nachfolgenden Ausführungen eingegangen, da sie von Bedeutung für die Umsetzung der hier entwickelten Theorie des Pflegehandelns sind. Clifford erkennt den Bereich der Entscheidungsfindung als idealen Ort der Integration der scheinbar paradoxen Vorstellungen von administrativer und professioneller Rechenschaft. Bei der Integration organisationsbezogener und klinischer Entscheidungen werden wichtige Weichen für die an den professionellen Pflegeverlaufskurven der einzelnen Pflegekräfte, der Teams und des gesamten Pflegedienstes zu leistende Arbeit gestellt. Eine zentrale Führungskompetenz hierbei besteht in der Artikulation und Interpretation der organisatorischen und klinischen Aufgaben der Pflege. Dies beinhaltet auch das Entwickeln einer Vision⁴⁶ von der pflegerischen

⁴⁴ Zu diesen Verhaltensweisen gehört z.B. „Unsere Managerin ist diplomatisch, fair und ehrlich bei der Lösung von Konflikten zwischen Pflegekräften, Ärzten, oder anderen Abteilung“, oder „Unsere Managerin fördert eine solide Entscheidungsfindung, indem sie nachfragt, welchen ‚best practice‘ Beleg wir nutzen“ (s. Schmalenberg/Kramer 2009b: 67).

⁴⁵ Inzwischen liegen eine Reihe von Vorstellungen zur gezielten Entwicklung von Führungskräften vor (s. für Irland McCarthy/Fitzpatrick 2009). Beispielhaft sei das von Jasper et al. (2010) beschriebene Programm für Wales genannt. Interessant ist hier die Kooperation zwischen Universitäten und den Health Trusts (Gesundheitsunternehmen). Das von Jasper beschriebene Programm ermöglicht den Stations- und Schichtleitungen, neben dem Nachholen universitärer Abschlüsse auch etwas für die eigene persönliche Entwicklung zu tun, um so die Leistungsfähigkeit als Führungskraft zu erhöhen. Das Programm umfasst drei Themenschwerpunkte, die jeweils verschiedene Kompetenzen zusammenfassen. Dem Themenbereich 1 ‚Management der Stationsleistung (ward performance)‘ werden zehn Kompetenzen zugeordnet, dem Bereich ‚Personal- und Ressourcenmanagement‘ 13 und dem Bereich ‚Empowerment‘ insgesamt 12. Aus der Bezeichnung der Kompetenzen kann geschlossen werden, dass die Führungskräfte in Richtung Führung von Professionellen qualifiziert werden sollen. Umso erstaunlicher ist, dass kein Hinweis auf die klinisch-pflegerische Wissensbasis erfolgt. Ein Hinweis auf Theorie erfolgt bei der Kompetenz „Verständnis von Veränderungsprozessen – Theorie, Prozess und Praxis (s. Jasper et al (2010: 648).

⁴⁶ Wie Jacqueline Martin et al. (2010) in ihrer 2007 am Universitätsspital Basel durchgeführten Studie in Bezug auf das von Pflegekräften und Pflegeführungskräften eingeschätzte Führungsverhalten in fünf Verhaltensweisen vorbildlicher Führung (Werte leben,

Aufgabe im Kontext der Gesundheitsversorgung, oder anders formuliert von der organisationalen kollektiven Pflegeverlaufskurve. Im Klinikalltag werden pflegerische Aufgaben in und zwischen den verschiedenen sozialen Welten verhandelt und ausgehandelt, in der sozialen Welt des (Pflege-)Managements, in der sozialen Welt der Pflege als Profession⁴⁷ und in derjenigen der Medizin. Die Bedeutung dieser Aufgabe ist je nach zugrunde liegendem Wissenssystem weder innerhalb der einzelnen Welten noch zwischen ihnen gleich. Die jeweils verfolgten Ziele werden stattdessen in unterschiedlichen Arenen verhandelt. Problematisch ist hier, dass in der Führungsliteratur so gut wie keine Hinweise zum pflegerischen Wissenssystem zu finden sind und auch keine Beziehung zwischen diesem und dem klinischen Leadership hergestellt wird. Aus diesem Grund wird im Folgenden erneut der Faden zum Abbottschen Handlungsmodell aufgenommen.

9.2 EINE ARBEITSORGANISATION NACH DER LOGIK DES PROFESSIONALISMUS: VORAUSSETZUNG ZUM AUSSCHÖPFEN DES POTENZIALS DER PRAGMATISTISCH-INTERAKTIONISTISCHEN THEORIE DES PFLEGEHANDELNS

Damit die im Abbottschen Handlungsmodell beschriebenen Handlungsweisen – Diagnose, Schlussfolgerung und Behandlung –, realisiert werden können, bedarf es als Bindeglied zwischen dem Wissenssystem einer Profession und ihrer konkreten Arbeit eines professionsspezifischen Zuständigkeitsbereichs (*jurisdiction*). Das in Kap. 4 beschriebene allgemeine professionelle Handlungsmodell wird nun auf der Arbeitsebene über das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung mit der Organisation der Pflegearbeit verknüpft. Hierbei orientiere ich mich an Mantheys Verständnis des Konzepts der dezentralen Entscheidungsfindung⁴⁸ und den subsumierten Teilkonzepten *Übergabe von Verantwortung*, *Autorität* und *Rechenschaft* (*accountability*). Das Teilkonzept ‚Autorität‘ korrespondiert mit Abbotts Idee des Zuständigkeitsbereichs, der im Weiteren als ‚*Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege*‘ bezeichnet wird (s. Kap. 4). Als Bindeglied zwischen dem Wissenssystem der professionellen Pflege und der konkret zu leistenden Pflegearbeit in Bezug auf einen Patienten bildet dieser Bereich den organisatorisch-symbolischen Bezugsrahmen⁴⁹ für das selbstgesteuerte Handeln der Professionellen. Das in der Pflege viel diskutierte Konzept der *Autonomie* kommt hier zum Tragen. Es ist auf den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege bezogen. Es wird im und durch das Handeln der Pflegenden verkörpert. Durch ihr Handeln zeigt die Pflegekraft, ob sie sich mit der pflegerischen Aufgabe und dem Wissenssystem der Pflege identifiziert, ob sie auf Wissen gegründete Entscheidungen treffen kann und ob diese verbindlich sind, d.h., dass sie die Autorität hat, diese zu treffen (s. Mundinger 1980: 1). Bei der dabei zu leistenden Arbeit, die Abbott als ‚*cultural work*‘ bezeichnet, kommen die Handlungsweisen seines Modells und die in ihnen verkörperten Wissensformen (s. Kap. 4) zum Tragen. Nach der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns geht es um die Einschätzung der Kompetenzen des zu pflegenden Menschen zur selbstbezogenen und auf andere Menschen bezogenen Pflege und darum, inwieweit diese durch das aktuelle Krankheitsgeschehen tangiert sind. Es geht um die *Definition der Situation*, in die idealerweise alle für den

eine gemeinsame Vision entwickeln, Herausforderungen suchen, Anderen Handlungsspielraum geben, ermuntern und ermutigen) feststellten, wurde von beiden Gruppen die Verhaltensweise „eine gemeinsame Vision entwickeln“ am geringsten eingeschätzt. Dieses Ergebnis war vergleichbar mit anderen Studien, was die Autorinnen dahingehend interpretieren, dass diese Führungskompetenz schwieriger umsetzbar zu sein scheint.

⁴⁷ In Bezug auf die Klinik müssen Führungskräfte wie Professionelle lernen, sich in einem multiprofessionellen Kontext, d.h. in verschiedenen sozialen Welten zu bewegen und die Sprache der verschiedenen Professionen zu erlernen. Wie ich selber in meiner Funktion als Verantwortliche für mehrere Gesundheitsprofessionen erfahren habe, ist es wichtig ‚mehrsprachig‘ zu werden.

⁴⁸ Dieses Konzept kann unter organisatorischen und klinischen Gesichtspunkten betrachtet werden.

⁴⁹ Er steckt den Handlungsradius ab, innerhalb dessen die Professionellen eigenverantwortlich handeln können. Erst die Bezugnahme auf einen solchen umschriebenen Bereich versetzt die jeweiligen Professionellen in die Lage, innerhalb dieses Rahmens ihre kulturelle Arbeit zu leisten sowie autonome Entscheidungen zu treffen. Der Begriff ‚Autonomie‘ verweist auf den Handlungsspielraum der Professionellen, wobei die zu treffenden Entscheidungen im Ermessen des Einzelnen in Bezug auf das zu bearbeitende Problem liegen. Darüber hinaus werden der Handlungsspielraum und damit die klinische Autonomie durch die Organisation der Arbeit der Professionellen bestimmt.

zu pflegenden Menschen relevanten Perspektiven einbezogen werden, damit der unterbrochene Handlungsfluss durch entsprechende Maßnahmen wieder in Gang gesetzt werden kann. Über die sich in diesen drei Handlungsweisen verkörpernde kulturelle Arbeit, die offen artikuliert werden oder unartikuliert (unsichtbar) bleiben kann und bei der der Bezug zum behaupteten Wissenssystem bzw. zu Wissensformen deutlich wird oder verschwommen bleibt, wird der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich auf der Ebene der Arbeit mit dem zu pflegenden Menschen aktiv hergestellt. In ihrer übergeordneten Funktion ist die kulturelle Arbeit die Voraussetzung, damit eine Profession ihr gesellschaftliches Mandat mit Leben füllen kann. Ein wichtiger Arbeitstyp der kulturellen Arbeit ist die *Artikulationsarbeit* (s. Strauss 1985b, Strauss et al. 1985, Strauss 1993, Corbin/Strauss 1993, Mischo-Kelling 1996, 2002, Star/Strauss 1999). Sie erlaubt, das Pflegen als Handeln in Begriffen und Konzepten zu denken und zu kommunizieren. Mittels dieser Arbeit wird die zu leistende Pflege benannt, die erforderliche Arbeitsteilung ausgehandelt, die Arbeit aller Beteiligten in Bezug auf die Pflege- und Krankheitsverlaufskurven des jeweiligen Patienten, d.h. an seinen multiplen Verlaufskurven, aufeinander bezogen und integriert (Strauss et 1985: 151ff). Diese Arbeit kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen, auf den Ebenen der allgemeinen Planung, der Organisation und Koordination und schließlich der konkreten Umsetzung. Sie kann je nach Organisation in unterschiedlicher Kombination erfolgen, wobei auf verschiedene Strategien wie Routinen, Prozeduren, Standards oder klinische Pfade und auf Kommunikationswege sowie –mittel zurückgegriffen werden kann. Grundsätzlich bergen die Pflegeverlaufskurven und die Krankheitsverlaufskurven der zu pflegenden Menschen eine hohe Variabilität und somit Ungewissheit, weil hier verschiedene soziale Welten aufeinanderprallen, die des zu pflegenden Menschen, die der professionellen Pflegekraft sowie die der anderen Gesundheitsprofessionen (s. Pkt. 9.4.3). Hierbei sind Spannungen, Konflikte u.a.m. unvermeidbar, was ganz allgemein gewisse Anforderungen an die Pflegekräfte stellt.

Was die Behauptung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs einer Profession betrifft, muss diese auf verschiedenen Ebenen, etwa auch auf der legalen Ebene behauptet werden (s. Kap. 4.). Auf dieser Ebene unterscheidet sich der pflegerische Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich in den einzelnen Ländern. In Deutschland wird im Krankenpflegegesetz von 2003 ein dreiteiliger Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich bestimmt. Dieser ist in gewisser Weise vergleichbar mit dem der USA, obwohl die Entwicklungen beider Länder unterschiedlich verlaufen sind (s. Kap. 4). Die Entwicklungen in Ländern wie den USA, Kanada, UK⁵⁰ oder Australien zeigen, dass die Behauptung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs *auf der Arbeitsebene* ein hochkomplexes, spannungsgeladenes, konflikthafte und widersprüchliches Unterfangen ist. Hierbei kommt der Arbeitsorganisation, d.h. der Arbeitszuweisung und der intra- und interdisziplinären Arbeitsteilung unabhängig davon, wie eng oder weit der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich auf der betrieblichen Ebene definiert ist, die entscheidende Rolle zu. Grundsätzlich können zwei unterschiedliche Formen der Arbeitszuweisung unterschieden werden, die *Zuweisung von Einzeltätigkeiten* unterschiedlichster Komplexität und die *Zuweisung von Patienten*. Letztere entspricht der professionellen Logik. Der Handlungsradius und Entfaltungsspielraum einer Pflegekraft unterscheidet sich entsprechend der gewählten Form der Arbeitszuweisung. Darüber hinaus wird der Handlungsspielraum einer Pflegekraft von weiteren Faktoren beeinflusst, etwa durch den Umfang der direkten und indirekten Arbeiten der Patientenversorgung (s. Deutschendorf 2010: 443). Letztere enthalten neben administrativen Aufgaben auch solche, die dem hauswirtschaftlichen Bereich zuzuordnen sind. Un-

⁵⁰ Auch wenn es in UK eine solche Dreiteilung nicht gibt, scheint der Zuständigkeitsbereich der Pflege durch die historisch geübte Praxis der Delegation von Aufgaben von einer Profession/Berufsgruppe auf eine andere, d.h. von der Medizin auf die Pflege und von der Pflege auf Hilfskräfte, auch wenn diese auf der Basis von Kompetenzen erfolgt, erheblichen Irritationen ausgesetzt zu sein. Dass diesbezüglich in UK viele Unsicherheiten bestehen, belegt eine Studie von Savage/Moore (2004) zum Verständnis der Begriffe ‚Responsibility, Authority and Accountability‘. Das Delegationsprinzip ist einseitig und kein wechselseitiges. Aufgrund des damit verbundenen Machtungleichgewichts erschwert es nicht nur die kollegiale Zusammenarbeit, sondern fördert eine fortwährende Aktivierung des Mülleimer-Fahrstuhl-Phänomens anstelle einer Überwindung desselben. Auf der konzeptuellen Ebene führt dies eher zu einer Privilegierung des medizinischen anstelle des pflegerischen Wissenssystems (s. hierzu etwa die Arbeit von Maureen A. Coombs (2004) zur klinischen Entscheidungsfindung in der Intensivpflege).

abhängig davon können nach Anthony (2006: 64) zwei grundlegende Kategorien von Rollen einer Pflegekraft bestimmt werden, die Rolle der Pflegenden (*care-giver*) und die Rolle des Koordinators der Gesundheitsversorgung (*coordinator*). Innerhalb dieser beiden allgemeinen Rollenkategorien kann wiederum ein Spektrum unterschiedlicher situativer Rollen eingenommen werden (s. hierzu Mischo-Kelling 2007a, Kap. 5). Folgt man den Erkenntnissen von Davina Allen (2004, 2007), dann scheint die **koordinierende Rolle** in der heutigen Arbeitsrealität die dominierende zu sein. Von den verschiedenen, in Abb. 9.2 aufgeführten Organisationsformen ist die Primäre Pflege⁵¹ diejenige, in der die Logik des Professionalismus auf der Mikro- und Mesoebene voll durchbuchstabiert ist. Die in der Primären Pflege realisierte eindeutige Zuständigkeits- und Verantwortungsstruktur ist in älteren Organisationsformen der Pflege wie etwa der Funktions- oder Gruppenpflege nicht existent, noch kann sie in neueren Organisationsformen⁵² als von vornherein gegeben vorausgesetzt werden (s. auch Deutschendorfer 2010).

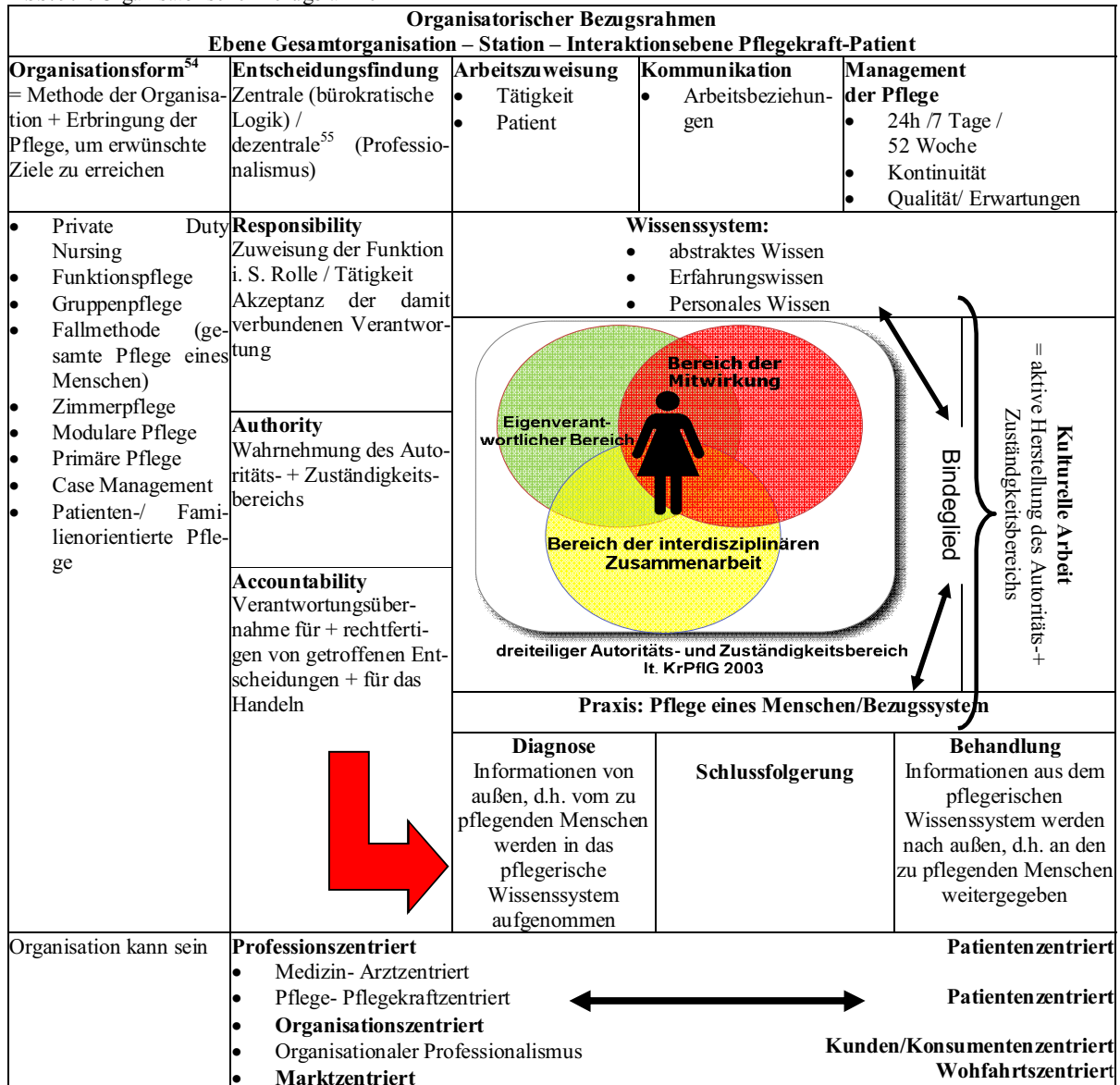
Innerhalb dieses in Abb. 9.2 dargestellten organisatorischen Bezugsrahmens kann das professionelle Handeln der Pflegekräfte je nach persönlichem und professionsspezifischem inhaltlich-symbolischem und kognitivem Bezugsrahmen unterschiedliche Formen und Qualitäten annehmen⁵³. Es kann weiterhin ausschließlich dem medizinischen Krankheitsverständnis verhaftet sein, aber auch weit darüber hinausreichen. Professionelles Handeln kann sowohl vom Standpunkt der handelnden Pflegekraft wie vom Standpunkt einer bestimmten Qualität aus untersucht werden, d.h. wie und auf welche Art etwas getan wird (s. Pfadenhauer 2005: 9). Beim ersten Standpunkt stehen die professionelle Rolle, das professionelle Selbst einschließlich der damit verbundenen Identitäten im Zentrum. Der zweite Standpunkt hebt auf einen spezifischen Handlungsablauftyp im Sinne einer spezifischen Fähigkeit zur Problemlösung ab. Diese Fähigkeit muss sich an professionsspezifischen Kriterien und Maßstäben messen lassen, um glaubhaft vertreten werden zu können. Um diese mit dem Abbottschen Handlungsmodell korrespondierende Fähigkeit zu realisieren, bedarf es der Klärung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs auf der betrieblichen Ebene. Die entsprechende Zuweisung von Verantwortung für die Pflege von Patienten ist eine weitere wichtige organisatorische Voraussetzung, damit die Pflegekräfte die Fähigkeit zur eigenständigen Problemlösung und klinischen Entscheidungsfindung aktiv wahrnehmen und entwickeln können. Dies ist für den Verlauf der professionellen Pflegeverlaufskurve und für die Qualität der zu leistenden Arbeit an den Pflegeverlaufskurven, am Selbst und an der Krankheitsverlaufskurve des zu pflegenden Menschen von fundamentaler Bedeutung.

⁵¹ Fourcher/Howard (1981: 302) kamen zu der Einschätzung, dass die Primäre Pflege mehr als der pflegebezogene Management-Ansatz aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Pflege gefördert wird. Durch eine steigende Pflicht zur Rechenschaft und eine damit einhergehende Autonomie der Pflegekräfte wird eine bessere Kenntnis der Erfordernisse der Patienten gefördert. Patienten fühlen sich weniger ignoriert als in der Gruppenpflege.

⁵² Auch wenn angegeben wird, dass auf einer Station die Organisationsform der Primären Pflege praktiziert wird, bedeutet dies noch lange nicht, dass alle vier Elemente voll umgesetzt sind. Weiter kann die Qualität der Pflege in der Primären Pflege von einer Station zur anderen variieren wie auch die Interpretation und Ausgestaltung der einzelnen Elemente (s. Manthey 2002, s. Untersuchungen zur Primären Pflege wie z.B. Jonsdottir 1999; Stratmeyer 2005, Daneke 2010, Jost/Chacko/Parkinson 2010, Thaler 2010). Auch die Forschung zu Pflegesystemen zeichnet sich durch eine Inkonsistenz von Begriffen und unterschiedlichen Untersuchungsdesigns aus (s. etwa Dobrin Schippers/Becker 2011, Sjetne/Helgeland, Stavem 2010). Kramer/Schmalenberg (2005a: 189ff) stellen fest, dass Organisationsstrukturen wie Personaleinsatz, Einsatz auf wechselnden Stationen oder flexible Dienste die Wahl des Pflegesystems motivieren. Weiter haben sie in ihrer Studie über Pflegesysteme in Magnet wie in Nicht-Magnet-Krankenhäusern herausgefunden, dass in beiden Krankenhaustypen auf einer Station mehrere Pflegesysteme am selben Tag angetroffen werden können. Mehr als 50 % des befragten Personals berichteten, dass 2 bis 3 Systeme am Tag benutzt werden. Dieses Phänomen bezeichnen sie mit dem Begriff des ‚Flex Delivery System‘. Dieses Phänomen scheint keine ‚Eintagsfliege, sondern ein anhaltendes (*persistent*) Phänomen zu sein, wie ihrer Studie über den Prozess der Wahrnehmung einer ausreichenden Personalausstattung zu entnehmen ist (s. Schmalenberg/Kramer 2009b: 70).

⁵³ Laut Clifford (1981: 21) wird die aktive Übernahme der professionellen Verantwortung inklusive der damit verbundenen Rechenschaftspflicht auf individueller Ebene nicht eintreten, solange sie nicht auch auf der Management- und Führungsebene eines Pflegedienstes vorgelebt wird. Pflegeführungskräfte müssen sich in dieser Frage als Rollenmodell verstehen und ihre Aufmerksamkeit darauf lenken, wie sie selber in der Organisation Entscheidungen treffen. Sie unterstreicht, dass die Übernahme von Verantwortung inkl. Rechenschaftspflicht ein erlerntes Verhalten ist und dass die Umsetzung eines professionellen Praxismodells mit dem Erwerb eines professionellen Habitus auf allen Ebenen verbunden ist.

Abb. 9.2: Organisatorischer Bezugsrahmen



Den drei aufeinander bezogenen Handlungsweisen Diagnose, Schlussfolgerung und Behandlung kommt mit Blick auf die Umsetzung der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns eine zentrale Rolle zu. Die damit verbundenen Fähigkeiten und die Bezugnahme auf die pflegespezifische Wissensbasis muss von den Pflegeführungskräften aktiv gefördert und unterstützt werden. Sie müssen ebenso wie die Pflegekräfte die ‚*Pflege denken*‘⁵⁶, ein solches Denken fördern und aktiv einfordern. Auf diese Weise können der eigenverantwortliche Aufgabenbereich der Pflege und die überlappenden Bereiche zwischen der Pflege und den anderen Gesundheitsberufen auf

⁵⁴ Im Bereich der ambulanten Pflege werden folgende Pflegesysteme diskutiert: Tourenpflege, Aufteilung der Pflege in kleine Pflegebereiche oder –bezirke und anschließende Einteilung in Touren, Gruppen- oder Teampflege und Bezugspflege, womit Urban (2009: 610) Primary Nursing meint.

⁵⁵ Das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung beinhaltet eine klinische, auf den Patienten bezogene Entscheidungsfindung und dezentrale, auf die Organisation der Arbeit (Pflegepraxis) bezogene Entscheidungen. Erstere verweisen auf das Konzept der klinischen Autonomie, letztere auf das Konzept ‚Kontrolle über die Pflegepraxis‘.

⁵⁶ In Anlehnung an die Überschrift des Aufsatzes von Christine Tanner (2006): ‚Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgement in Nursing‘.

der Ebene Pflegekraft-Patient von den Pflegekräften neu ausgestaltet, justiert und weiterentwickelt werden. Dies zu ermöglichen, liegt im Verantwortungsbereich der Pflegeführungskräfte der verschiedenen Ebenen. In pflegerischen Kategorien zu denken und zu handeln, beinhaltet die aktive Wahrnehmung des durch das KrPflG von 2003 formal zugestandenen Autonomiezuwachses im eigenverantwortlichen Aufgabenbereich (s. Dörge 2009b: 327). Dies sollte zu einer veränderten Wahrnehmung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und der bisherigen Arbeitsbeziehungen führen. Es beinhaltet die Initiierung von Lernprozessen bei Pflegeführungskräften und Pflegekräften, ein Punkt, der unter 9.4. aufgegriffen wird.

Veränderungen des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs werden im Handlungsmodell von Abbott (s. Kap. 4) unterstellt. Allerdings können diese unterschiedliche Formen annehmen und Folgen für die jeweilige Profession haben. Ein gutes Beispiel für die ‚Veränderbarkeit‘ des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs aus der jüngeren Geschichte der Pflege sind die ‚*nurse practitioners*‘ (NP)⁵⁷ (s. Fairman 2008), an die in Deutschland Vorstellungen einer erweiterten Pflegepraxis (*advanced nursing practice*) anknüpfen. Diese spielen bei den gegenwärtigen Bemühungen um die Aufgabenneueverteilung im Gesundheitswesen eine Rolle (s. Positionspapier des DBfK 2007, Höppner/Kuhlmey 2009, Kuhlmey/Höppner/Schaeffer 2011). An dieser Stelle soll nicht gegen eine Differenzierung oder Spezialisierung argumentiert werden. Vielmehr soll darauf hingewiesen werden, dass die beobachtbare Veränderbarkeit des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs primär in den **vertrauten Handlungs-, Denk- und Organisationsmustern** (Gewohnheiten) der Müllereimer-Fahrstuhltheorie erfolgt. Hierbei wird das zwischen Medizin und Pflege historisch bestehende Über-/Unterordnungsverhältnis trotz des Strebens nach kollegialen Beziehungen nicht grundsätzlich in Frage bzw. auf eine andere Basis gestellt⁵⁸. Ob die neueste Rollencreation der US-amerikanischen Pflege in Gestalt der *Clinical Nurse Leader* (CNL) dieses Muster durchbrechen kann, bleibt abzuwarten. Für die dafür erforderliche Neubestimmung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs erhalten Pflegeführungskräfte von professions-theoretischer Seite wenig Hilfestellung, wenn dort beispielsweise die Delegation von Teilaufgaben einer Profession an eine andere als etwas Selbstverständliches und Ewigwährendes behandelt wird. Hierbei werden die Folgen dieser

⁵⁷ In Kap. 4 habe ich auf die Wirkung der Müllereimer-Fahrstuhltheorie in diesem Zusammenhang hingewiesen. In den USA bestand laut Sandra Weiland (2008: 345) ein Ziel der ersten Pionierinnen darin, ‚Autonomie in der Praxis‘ zu erreichen, und nicht in der Bewältigung des damals herrschenden Ärztemangels (s. auch Keeling 2009: 15ff). Auf politischer Ebene und auf der Ebene der ärztlichen Standesvertretungen wurde die Rolle der NP hingegen als *Arztsubstitution* gesehen, um zwei Problemen zu begegnen: dem Problem eines verbesserten Zugangs armer Bevölkerungsschichten zur Gesundheitsversorgung und dem der Kostenbegrenzung. Eine ähnliche Entwicklung ist im UK zu beobachten. Diese beschreibt Iain Graham in einem Gespräch mit Jacqueline Fawcett. Danach zielten die von der Blair-Regierung eingeleiteten Maßnahmen auf eine grundlegende Neuorganisation des NHS, in der dem Bereich der Primärversorgung und einer am Patienten/Klienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zukommt. Hierbei können Pflegekräfte, aber auch andere Professionen wie Physiotherapeuten, bestimmte ehemals den Ärzten vorbehaltenen Aufgaben wahrnehmen. Graham ist sich aufgrund der Entwicklungen in den USA und der historischen Entwicklung der Pflege als Profession durchaus der Gefahr bewusst, dass sich eine *advanced practitioner nurse* bei ihrer Arbeit und bei den von ihr zu bearbeitenden Problemlagen einseitig auf medizinisches Wissen und Erklärungsmodelle berufen kann. Dieses werde sich erst ändern, wenn es der Pflege - wie von Nightingale angeregt (zitiert in Fawcett/Graham 2005: 38) -, gelingt, ihre Wissensbasis auf die Gesetze der Gesundheit (die die gleichen wie die Gesetze der Pflege sind) zu stützen und daraus entsprechende Techniken des Heilens und des Caring abzuleiten. Jedoch scheint die Pflege hiervon noch weit entfernt und in **Gewohnheiten verhaftet zu sein**, die die Übernahme medizinischer Tätigkeiten fördert. So wurde die von der Pflege erstellte Statushierarchie der Pflegearbeit, bei der medizinische Tätigkeiten an oberster Stelle rangieren und die körperliche Versorgung des Patienten an unterster Stelle, erstmals mit der Einführung des Pflegeprozesses und der Entwicklung von Pflege-theorien in den letzten 40 Jahren in Frage gestellt. Allerdings hat sich die Übernahme medizinischer Aufgaben als sehr verführerisch erwiesen, so dass die Unterstützung der Patienten bei der Klärung wichtiger Lebensfragen im Zusammenhang mit der Pflege ihrer Körper (verstanden als *dirty work*) ins Hintertreffen geriet. Hier sind Veränderungen geboten, und die Pflegekräfte sollten sich angesichts der bestehenden Gesundheitsprobleme aufgrund der Lebensstile, des Vorliegens chronischer Erkrankungen, der Versorgung alter Menschen u.a.m. mit Fragen der ‚*self-care*‘ und des ‚*self-nursing*‘ als zu erforschenden Gebieten auseinandersetzen (s. Fawcett/Graham 2005).

⁵⁸ Die Pflege hat vielfach bewiesen, dass sie in der Lage ist, medizinische Routineaufgaben zu übernehmen. Bei der Durchsetzung pflege genuiner Innovationen geht es jedoch darum, alte und vertraute Denkmuster aufzubrechen. An dieser Stelle begibt man sich in jeder Hinsicht auf ein höchst politisiertes Parkett.

Handlungsweise für die Beziehung zwischen delegierender Profession und zuarbeitendem/r Beruf/Profession für Entwicklungsprozesse des letzteren nicht mitreflektiert. Beispielhaft für eine monodisziplinäre Betrachtung dieses Aspekts ist Thomas Klatetzki (2005: 267). Er behauptet, dass die Schlussfolgerung bzw. Interferenz aus den drei professionellen Handlungsweisen des Abbottschen Modells die ‚reinste Domäne professioneller Kompetenz‘ präsentiert. Demnach können Teile der Aufgaben wie bestimmte Routinetätigkeiten, die unter die Handlungsweisen Diagnostik und Behandlung fallen, an andere Berufsgruppen delegiert werden⁵⁹. Professionstheoretische Ansätze bleiben dem historisch gewachsenen Professionsverständnis verhaftet und bleiben insofern die Antwort schuldig, wie ein solches Neuarrangement aussehen könnte. Zur Disposition steht aber genau dieses in Abbildung 9.3 dargestellte, historisch auf der geschlechterdifferenzierenden Arbeitsteilung basierende Arbeitsarrangement, wenn diejenigen, an die bisher Aufgaben delegiert worden sind, selber für sich den Status einer Profession in Anspruch nehmen und ihre professionsspezifische Expertise entwickeln wollen.

Die Neubestimmung des eigenständigen Bereichs geht ebenso wie das dringend gebotene Neuarrangement⁶⁰ des überlappenden Bereichs zwischen Medizin und Pflege mit einer Veränderung bestehender Arbeitsbeziehungen einher (s. hierzu auch di Luzio 2009). Professionstheoretische Vorstellungen eines veränderten Arrangements der Arbeit, bei dem mehrere Professionen gleichberechtigt miteinander arbeiten, ohne gleichzeitig eine Heerschar von Hilfskräften für die Vor-, Zu- und Nacharbeit zu produzieren, liegen meines Wissens nicht vor.

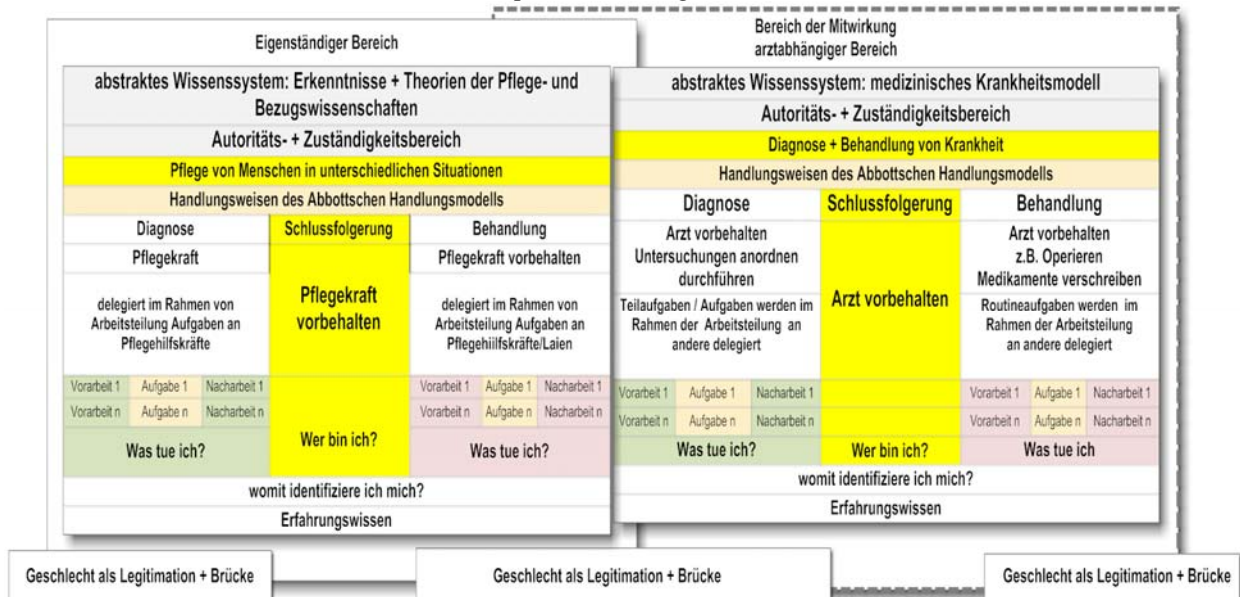


Abb. 9.3: Eigenständiger und mitwirkender Bereich des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs lt. KrPflG 2003

⁵⁹ Hierbei wird grundsätzlich verkannt, dass die Pflege ein von der Medizin oder der Krankheit unabhängig zu denkendes Phänomen ist.

⁶⁰ Gaia di Luzio (2008: 1023) unterscheidet drei Aspekte medizinischer Dominanz: das Recht der Ärzte, Mitgliedern anderer Berufe Anordnungen zu geben; die Vorherrschaft der Medizin als wissenschaftlicher Bezugsrahmen, die Rolle der Ärzte als Institutsleiter, Lehrer und Prüfer, was ihnen eine erhebliche Einflussnahme auf andere Berufe gibt. Die drei Pflegeberufe (Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege) sind in allen drei Aspekten von der Medizin lange Zeit dominiert worden. Erst in jüngster Zeit, d.h. mit der Akademisierung von Teilbereichen sei es der Pflege gelungen, die dominante Stellung der Medizin im Bereich der Bildung zu reduzieren. Um sich von der medizinischen Dominanz vollständig zu befreien, seien ein autonomer wissenschaftlicher Bezugsrahmen und somit auch eine unabhängige Diagnose und Behandlung vonnöten und als Folge davon eine Freiheit von Hilfsarbeiten. Da die bestimmte Art der Unterordnung eine wichtige Rolle bei der Entwicklung interprofessioneller Beziehungen spielt, sei ein Vergleich zwischen den Gesundheitsprofessionen, die in dieser Hinsicht variieren, wichtig, um zu bestimmen, ob ein eigener wissenschaftlicher Bezugsrahmen eine generelle Voraussetzung für eine professionelle Emanzipation ist (ebenda: 1034).

Der vorne erwähnte Ansatz des ‚*negotiated order and processual ordering*‘ (s. Strauss 1993) liefert hierfür wichtige Anknüpfungspunkte, weil in diesem Prozessmodell Veränderungen unterstellt werden. Grundsätzlich müssen in Bezug auf ein Neuarrangement des pflegerisch-medizinischen Überlappungsbereichs auf theoretischer und praktischer Ebene Vorstellungen erarbeitet werden, die das traditionelle Arrangement und traditionelle Denkweisen überwinden. Dies ist notwendig, damit die Pflege ihren Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich in einem multiprofessionellen Arbeitskontext behaupten und entwickeln kann. Die damit verbundene Arbeit unterscheidet sich grundlegend von der Arbeit, die mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben verbunden ist, wie sie gegenwärtig im Zusammenhang mit der Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen diskutiert wird (s. bspw. Höppner/Kuhlmey 2009⁶¹). Hierbei handelt es sich um nichts anderes als um eine Neujustierung des historisch gewachsenen pflegerischen und medizinischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs, bei der die Übernahme ärztlicher Aufgaben im Gegensatz zur Weiterentwicklung der Pflege mit einem schnellen Prestigegewinn verbunden ist. Wie die Geschichte zeigt, hat die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten die Pflege bei ihrer Kernaufgabe, der Pflege von Menschen, jedoch nicht weitergebracht. Eine Folge der praktischen Wirkungen des klassischen Professionsverständnisses für die Pflege in den letzten 60 Jahren bestand darin, dass die genuine Pflege an den Rand gedrängt worden ist. Vielfältige Forschungsarbeiten der letzten 20 Jahre belegen anschaulich (s. bspw. Aiken et al 2000, Aiken 2008, Kalisch et. 2009, Slotala/Bauer 2009⁶², Bartholomeyczik 2011a, c), dass dieser Trend in den Industrieländern über die Ökonomisierung im Gesundheitswesen noch einmal verschärft worden ist. Bemühungen, die Pflege pflegeinhaltlich zu strukturieren und auf dieser Basis weiterzuentwickeln, sind zum Scheitern verurteilt, wenn nicht gleichzeitig bestehende Denk-, Handlungs- und Organisationsmuster aufgebrochen werden, die die Pflege ebenso wie die Medizin in einen nicht enden wollenden ‚*circulus vitiosus*‘ verstricken und der historisch gewachsenen Berufs- und Professionskonstruktion geschuldet sind. Gerade mit Blick auf die Pflegekompetenzen des zu pflegenden Menschen in beiden Pflegeformen muss stattdessen - wie in Kap. 8 herausgearbeitet -, die Beziehung zwischen Pflege und Krankheit wie auch die Arbeitsbeziehung zwischen Medizin und Pflege, Pflege und den anderen Gesundheitsberufen neu gedacht werden. Anregungen zur Neubestimmung und zur Untersuchung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs lassen sich neben dem erwähnten Ansatz von Strauss auch im Bereich der Wissenschafts- und Laborforschung finden (s. Bowker/Star 2000, Star 2004, Jensen/Lahn 2005, Strübing 2005), sowie im interdisziplinären Forschungsbereich des arbeitsplatzbezogenen Lernens (s. Eraut 1994, Eraut 2000, Eraut/Hirsh 2007, Malloch et al. 2011). Die hier gewonnenen Erkenntnisse können zu einem erweiterten Verständnis von Professionen und deren vielfältigen Praxisformen beitragen. Auf der Handlungsebene hingegen eröffnet die Organisationsform der Primären Pflege die Basis für die Erkundung und Entwicklung des pflegerechten Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs⁶³. Ein Vehikel für grundle-

⁶¹ Karin Höppner und Adelheid Kuhlmey (2009: 10ff) betrachten die Veränderungen der Berufsbilder im Gesundheitswesen anhand des AGnES-Konzepts und ähnlicher Initiativen. Das AGnES Projekt wurde seit 2005 in einigen der neuen Bundesländer erprobt und ist inzwischen in die Regelversorgung aufgenommen worden. In diesem Projekt wurden hausärztliche Aufgaben im Delegationsverfahren auf die Pflege bzw. andere medizinische Fachkräfte übertragen, die dafür speziell weiterqualifiziert wurden. Die Möglichkeit hierzu wurde über das Pflegeweiterentwicklungsgesetz geschaffen. Nach der Beschreibung der Aufgaben übernimmt die spezielle Fachkraft im überlappenden Bereich Pflege/Medizin ärztliche Aufgaben, d.h. es handelt sich um Arztsubstitution. An anderer Stelle wird angemerkt, dass Grund- und Behandlungspflege von dieser Kraft nicht übernommen werden. In ihrem Fazit fordern sie dazu auf, die gegenwärtige Aufgabenteilung als Resultat historischer Prozesse hinsichtlich ihrer Effizienz und Effektivität kritisch zu hinterfragen.

⁶² Slotala/Bauer (2009: 61) konstatieren, dass es den Pflegeakteuren in dem seit den 1990er Jahren zu beobachtenden Transformationsprozess des deutschen Gesundheitswesens im Zuge der Ökonomisierung offensichtlich nur schwer gelingt, ein eigenständiges Leistungsprofil der Pflege zu definieren und gegenüber wirtschaftlichen Zugriffen durchzusetzen.

⁶³ Gerlind Pracht und Ullrich Bauer (2009: 75f) haben in ihrer Untersuchung ‚*Burnout im Klinikalltag, Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit*‘ u.a. funktionale und ganzheitliche Pflegesysteme im Begriffsverständnis von (Büssing/Glaser 1996) miteinander verglichen. Sie kommen zu dem Ergebnis, „dass mit zunehmend vollständigen Tätigkeiten und Anforderungsvielfalt, mit größeren Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie mit mehr sozialer Interaktion mit Patienten die emotionale Erschöpfung signifikant abnimmt [...]“. Hierbei zeigen sich in den einzelnen Dimensionen durchaus Variationen. Sie heben hervor, „dass das Merkmal soziale Interaktion mit den Patienten am stärksten mit sinkender emotionaler Erschöpfung und abnehmender Klientenaversion einhergeht“ (ebenda: 76). Ohne

gende praxisbezogene Veränderungen ist das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung, dass die organisationale wie klinische Entscheidungsfindung beinhaltet. Es stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Wissen und der Arbeit der Professionellen dar. Diese Fähigkeit zur klinischen und organisatorischen Entscheidungsfindung entwickelt sich im Kontext des organisatorisch sanktionierten Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs. Dieses Konzept ist mit Blick auf die inhaltliche Neuausrichtung und die zu leistende Entwicklungsarbeit bei der Transformation der professionellen Pflege vom Hilfsberuf zur Profession in Abbildung 9. 4 aufgeschlüsselt. Wie aus dem in Abbildung 9.3 (S. 408) dargestellten Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich hervorgeht, ist die historisch gewachsene Beziehung zwischen eigenständigem und mitwirkendem Bereich keine abgrenzende. Sie ist stattdessen in jeder Richtung offen. Wie Untersuchungen gezeigt haben, erschwert diese Situation die Herausbildung wie die Behauptung eines genuinen pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs. Sie begünstigt stattdessen pathologische Beziehungsstrukturen nebst entsprechend verzerrten Identitäten in der Pflege wie in der Medizin. Um dem entgegenzuwirken, bietet sich als einzig denkbare Lösung aus professionstheoretischer Sicht eine **Auflösung des bestehenden Professionskonstrukts** an. Der Pflege wie auch allen anderen Gesundheitsberufen muss die **volle Zuständigkeit für ihren jeweiligen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich zugestanden werden**⁶⁴. Die Idee, dass die Pflege die volle Zuständigkeit für ihren Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich haben sollte, hat Virginia Henderson (s. Kap. 2) schon in den 1950er Jahren geäußert.

Dies impliziert eine Neuregelung der Organisation und Koordination der überlappenden Bereiche⁶⁵. Auch wenn dies kein kurzfristig zu erreichendes Ziel ist, können wichtige Veränderungen zur Stärkung des Professionalismus durch die Artikulation und Reflexion des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs auf betrieblicher und auf der Ebene des Arbeitsplatzes eingeleitet werden. Wie Tabelle 9.4. zeigt, ist dies eine Führungsaufgabe von strategischer Bedeutung⁶⁶. Hierbei müssen die Pflegeführungskräfte klären, welchem Professionalismusbegriff sie sich verpflichtet fühlen, dem organisationalen oder dem Professionalismus als einem berufsspezifischen Wert, und ob sie die von Clifford (1981, 1998) beschriebene Integration beider Formen des Professionalismus anstreben. Wird die Beschreibung der Rolle der *Clinical Nurse Leader* durch Monaghan/Swihart⁶⁷ (2010) herangezogen, die auf der Ebene der Stationsleitung eine Aufspaltung der klinischen und administrativen Funktionen in eine auf das Management ausgerichtete Führungsrolle (vertikales Management) und in eine klinisch orientierte Führungsrolle (horizontale Leadership) beinhaltet, finden sich Bestrebungen, die einer Integration dieser beiden Funktionen auf den ersten Blick entgegen arbeiten. Die Entwicklung dieser Rolle wird als Antwort auf die Ergebnisse der 1999 veröffentlichten Studie ‚To Err is Human: Building a Safer Health System‘ des Institutes für Medicine betrachtet. Sie kann als Indiz dafür gewertet werden, dass Verbesserungen in der Patientenversorgung nur durch nachhaltige Veränderungen in der

auf ihren Vergleich zwischen Ärztinnen und Pflegekräften einzugehen, besteht ein wichtiger Befund dieser Untersuchung darin, dass er die Bedeutung von ganzheitlichen Pflegesystemen „als bedeutsame organisationale Ressource“ unterstreicht, wobei „dem Erleben von Interaktions- und Handlungsspielräumen anscheinend eine Schlüsselrolle zu[kommt]“ (ebenda: 83).

⁶⁴ Salhani/Coulter (2009: 1222) stellen für Kanada fest, dass der Staat zögert, der Pflege die volle Zuständigkeit zu garantieren.

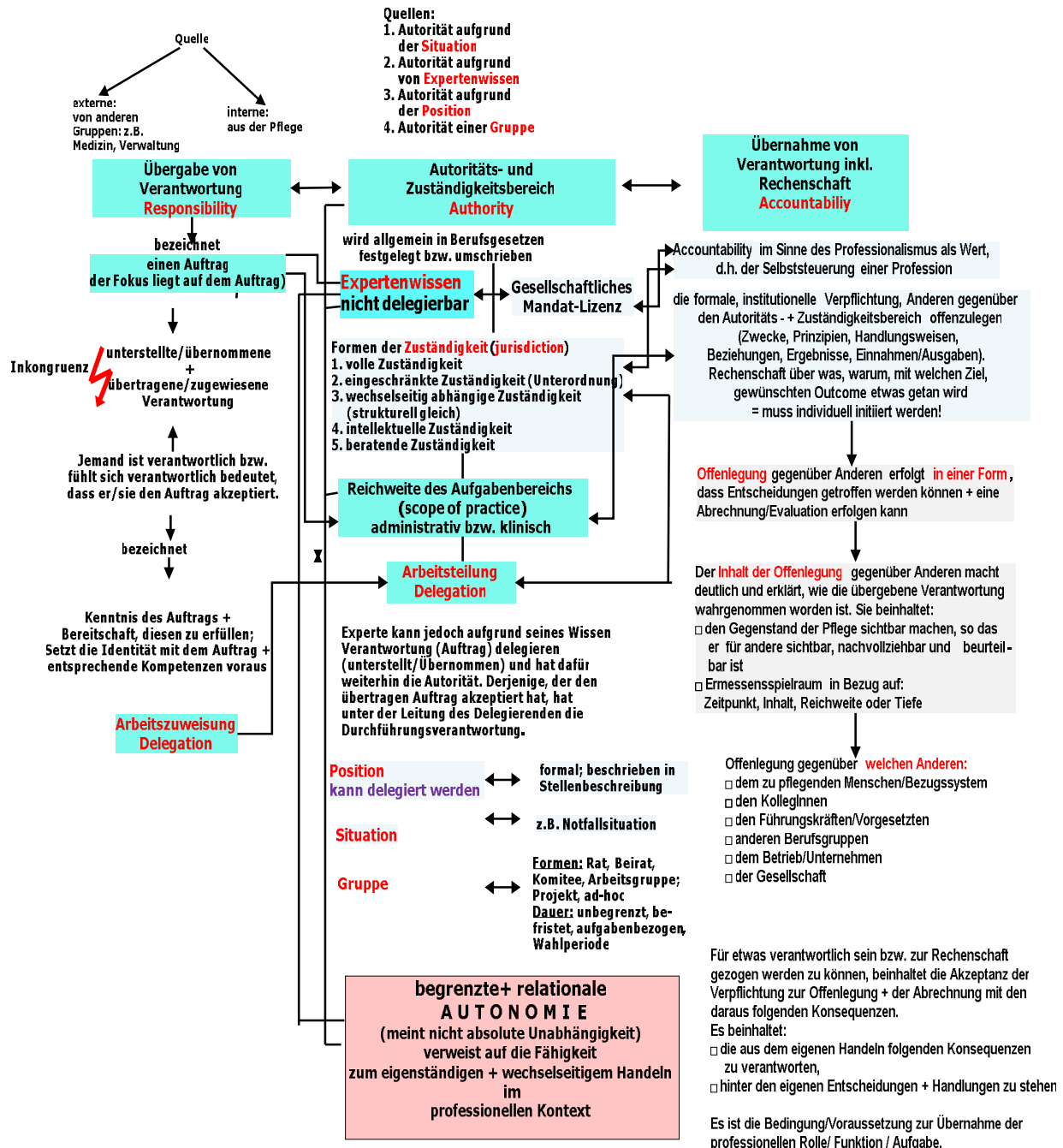
⁶⁵ Ein solches Unterfangen erfordert laut Abbott (1995: 857, 1990) Arbeit in verschiedenen Arenen, am Arbeitsplatz, in der öffentlichen Arena und auf der staatlichen Ebene, d.h. in der politisch-rechtlichen Arena.

⁶⁶ Auf der Ebene der Geschäftsführung muss anerkannt werden, dass die Pflege von Menschen als eigenständiges Phänomen zu betrachten ist und dass sich die Bedingungen pflegerischen Handelns beim Vorliegen einer Krankheit radikal ändern können. Weiter muss ein Verständnis dafür entwickelt werden, dass eine gute Pflege die Voraussetzung dafür ist, dass die i.d.R. sehr teuren medizinischen Interventionen nachhaltig wirken können und nicht durch eine abhängigkeitsfördernde, tendenziell die Pflegekompetenzen der Patienten vernichtende Pflege in ihr Gegenteil verkehrt werden.

⁶⁷ Sie definieren die CNL als „an advanced generalist, responsible for the provision of quality, safe, effective care for his or her defined patient/client population“ (Monaghan/Swihart 2010: 2). Nach ihrer Kurzdefinition (ebenda: 3) ist die CNL verantwortlich für die Verbesserung klinischer Outcomes am Ort des Handlungsgeschehens (point of care). Die Pflegekraft, die eine solche Funktion wahrnimmt, hat in der Regel einen Masterstudiengang absolviert oder eine noch höhere Qualifikation wie den ‚Doctor of Nursing‘ erworben.

direkten Pflege zu erreichen sind. Offen bleibt, wie die auf zwei Führungsrollen verteilten Funktionen wieder integriert werden können.

Abb. 9.4: Das Konzept **R-A-A** aus der Sicht des Professionalismus als Wert⁶⁸



Nach meinen Erfahrungen ist die Integration beider Formen des Professionalismus für die Entwicklung der professionellen Pflegeverlaufskurven der einzelnen Pflegekräfte, von Teams und des Pflegedienstes eines Unternehmens als

⁶⁸ Die Abbildung 9.4 beruht in erster Linie auf den beiden Artikeln von Marjorie Batey/Frances M. Lewis (1982). Einige Aspekte, die Renate Tewes (2002: 331ff) in Bezug auf den Verantwortungsbegriff in der Pflegewissenschaft aufgearbeitet hat, sind ebenfalls mit eingeflossen. Tewes betrachtet den Verantwortungsbegriff in Bezug auf das Verantwortungssubjekt, den Verantwortungsbereich und die Verantwortungsinstanz. Weitere Anregungen zum Thema „Accountability“ finden sich in einer Arbeit von Rebecca Bergman (1981) und Elizabeth Poster (2008).

Ganzes von herausragender Bedeutung. Ausgehend von Abbotts Idee, wonach sich die von den Professionen zu leistende Arbeit in den drei Handlungsweisen seines allgemeinen Handlungsmodells verkörpert, soll im nächsten Schritt die zwischen dem Wissenssystem der Pflege und ihrer Praxis bestehende Beziehung geklärt und dabei der Blick auf die zu leistende Grenzarbeit gelenkt werden.

9.3 GRENZARBEIT: EIN ERFORDERNIS BEIDER ARTIKULATION UND BESTIMMUNG DER GRENZEN DES PFLEGERISCHEN AUTORITÄTS- UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICHES

Bei der Artikulation des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs erfolgt eine Grenzziehung zu anderen Berufen/Professionen. Die dabei zu leistende **Grenzarbeit** steckt mit den Worten Abbotts (1995: 859) das ‚Hoheitsgebiet‘ der Profession im Sinne der sozialen Welten und das Grenzgebiet zu anderen Professionen und zu den sozialen Welten der Laien ab. Diese Grenzarbeit erfolgt unter Bezugnahme auf das professionelle Wissenssystem und findet in verschiedenen Arenen sowie auf verschiedenen Ebenen statt, z.B. in Arenen am Arbeitsplatz oder in politischen Arenen. Sie muss von den Pflegeführungskräften wie von den Pflegekräften geleistet werden. Der Begriff der Grenze verweist nach Abbott sowohl auf eine räumliche Struktur⁶⁹ als auch auf eine der Zeitlichkeit. Es handelt sich dabei nach dem pragmatistischen Verständnis nicht um starre oder fixe Grenzen, sondern um sich entwickelnde und veränderliche Grenzen. Kontinuität und Wandel sind Ergebnisse menschlichen Handelns und menschlicher Interaktion. Solche Grenzen sind nicht nur für die Entwicklung und Behauptung einer Profession notwendig, sondern auch, um die Schnittstellen (Grenzgebiete bzw. überlappende Bereiche) mit anderen Berufen konstruktiv handhaben und gestalten zu können.

Christopher Johns (1990: 887) diskutiert das Konzept ‚Grenze‘ (oder der Abgrenzung) in Bezug auf die Verantwortungsübernahme für das pflegerische Handeln als deren Voraussetzung sowie als Voraussetzung für **die klinische Entscheidungsfindung**. Er verweist zunächst auf formale Grenzen in Form von Stellenbeschreibungen, durch die die **strukturelle Autonomie** einer Pflegekraft bestimmt und mittels derer ihr klar wird, in welchen Bereichen von ihr die Nutzung ihres Urteilsvermögens erwartet wird. Das Konzept der ‚Grenze‘ verweist auf die Notwendigkeit klarer Strukturen. Diese sind erforderlich, um **Rollenklarheit** zu erhalten, damit sich eine **eigenständige Praxis**⁷⁰ entfalten kann. Abbott (1995: 860) beschreibt die Beziehung zwischen Grenzen und Einheiten/Objekten so, dass ein soziales Objekt wie die professionelle Pflege überhaupt erst dann existiert, wenn die Handelnden soziale Grenzen gezogen haben. Grenzen gehen Objekten voraus. Sie erfordern Arbeit durch das Schaffen eines ‚*site of difference*‘, die die Profession im Inneren dieser Einheit verorten. Diese wird über die sie zusammenhaltenden verschiedenen Grenzen von anderen Einheiten durch ein Innen und ein Außen abgegrenzt.

„Die aus dieser Arbeit resultierende Einheit hat dann die Fähigkeit, als ein beständiges Ding in den verschiedenen Ökologien zu überdauern, in denen es ansässig ist (Abbott 1995: 872).“

Weiter bemerkt Abbott (1995: 878), dass Professionen mit rigiden Grenzen verletzbarer zu sein scheinen, als jene mit flexiblen Grenzen. Mit anderen Worten: arbeitsbezogene Grenzen sind notwendig, um auf der Basis des professionsbezogenen Wissens pflegerische Entscheidungen mit bindendem Charakter treffen zu können. Neben strukturellen formalen Grenzen betont Johns die Bedeutung des Entwickelns und Aufrechterhaltens einer Praxisphilosophie. Dies kann als eine weitere wichtige organisatorische Maßnahme zur **Ab- und Begrenzung** ‚der Autonomie‘ einer Pflegekraft gelten. Zur eigenen Entwicklung bedarf es neben einem **strukturellen Bezugsrahmen** der aktiven Bezugnahme auf **das pflegerische Wissenssystem**, d.h. auf das abstrakte wie auf das Erfahrungswissen der Profession.

⁶⁹ Der Raumbegriff darf nicht auf konkrete Räume, z.B. auf ein Zimmer, ein Haus, einen Ort etc. beschränkt, sondern er muss umfassend verstanden werden. Er bezieht alles Symbolische mit ein wie z.B. Denkräume.

⁷⁰ Eine klare Vorstellung von der eigenen Praxis und ihrer Reichweite (Grenze) ist die Voraussetzung für eine wechselseitig abhängige interprofessionelle Praxis.

Wird anstelle der Johnsschen Praxisphilosophie die in Kap. 8 formulierte pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns herangezogen, dann liefert diese als Bestandteil des pflegerischen Wissenssystems in Form eines **kognitiv-symbolischen Bezugsrahmens** die intellektuellen Mittel für die Konstruktion des Objekts ‚Professionelle Pflege‘. Diese Mittel sind erforderlich, damit die Pflege sich als Profession bei der Neuausrichtung der diversen Arbeitsbeziehungen, sei es zum zu pflegenden Menschen, zu anderen Professionen oder Abteilungen argumentativ von diesen **abgrenzen** und sich zugleich **zu ihnen in Beziehung setzen** kann. Sich von Anderen bzw. von etwas abzugrenzen und sich mit Anderen bzw. mit etwas in Beziehung zu setzen ist ein wesentliches Merkmal der ‚Grenzarbeit‘. Allen⁷¹ (2001a) hat diese von Pflegekräften während der täglichen Arbeit zu leistende Arbeitsform bei der aktiven Herstellung und Wahrnehmung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs untersucht. Ihre Arbeit fand in den 1990er Jahren statt, als die britische Pflege sich auf den Professionalisierungskurs begeben hatte und sich zeitgleich mit anderen politischen Initiativen wie der *‘junior doctor hours initiative‘* und dem *‘managerialism‘* auseinandersetzen musste. All dies führte zu einer Mehrdeutigkeit des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und der Notwendigkeit eines aktiven ‚doing of jurisdiction‘ (Allen 2001a: 40). Sie untersuchte, wie die Pflegekräften die zu leistende Grenzarbeit in ihren diversen Arbeitsbeziehungen bewerkstelligten, d.h. in der Beziehung zur Stationsleitung, in der Zusammenarbeit mit Hilfskräften, mit Ärzten sowie in der Beziehung zum Patienten. Sie hebt hervor, dass die Grenzarbeit unter weiter zu fassenden Rahmenbedingungen gestaltet wird, dass sie von Faktoren wie Geschlecht, ökonomische Zwänge beeinflusst wird und von daher höchst situativ und durch lokale Gepflogenheiten bedingt ist⁷² (s. Allen 2001a: XI). Sie konzentrierte sich auf die sprachlich vermittelte Grenzarbeit und deren beobachtbare Aspekte beim täglichen Ausführen (Tun) des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs (*jurisdiction*). Bei dieser in allen einzugehenden Arbeitsbeziehungen zu leistenden Grenzarbeit kann es zu Grenzverwischungen oder Grenzverzerrungen kommen, als deren Folge das berufliche Selbst, das Selbstkonzept und die Identitäten in Frage gestellt werden können. Eine Veränderung des pflegerischen Wissenssystems, wonach das **medizinische Wissen nur eine von mehreren Wissensformen ist**, verändert nicht nur die bestehenden Grenzen, sondern auch die Überlappungs- bzw. Schnittstellenbereiche und führt zu neuen Deutungen pflegerischer Phänomene. Dieser Sachverhalt wird in der Abbildung 9.5 angedeutet.

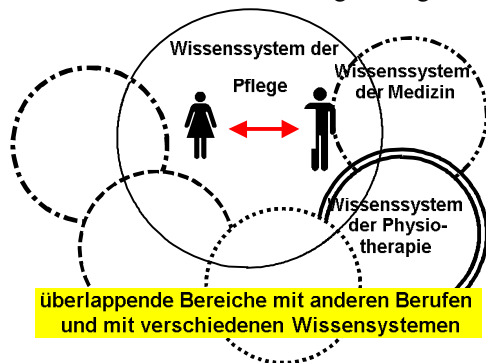


Abb.9.5: Überlappings- und Schnittstellenbereiche

Die Nutzung der über das pflegerische Wissenssystem bereitgestellten kognitiv-symbolischen Ressourcen erfolgt im Rahmen der kulturellen Arbeit über die aktive Gestaltung und Aushandlung der eigenen professionellen Rolle. Auf

⁷¹ Die Ergebnisse ihrer Studie müssen vor dem Hintergrund des Project 2000 gesehen werden. Letzteres basiert auf einer holistischen Vorstellung von Pflege und der Idee, die Pflege wieder in die professionelle **Kernrolle** zu integrieren, zu einer Abkehr von einer an Tätigkeiten orientierten und zu einer Förderung der Primären Pflege. Diese scheint auf den ersten Blick aufgrund der damit angestrebten dezentralen Entscheidungsfindung mit einem dezentralen Managementansatz kompatibel zu sein (2001a: 10ff) In den von ihr untersuchten Stationen wurde auf der einen Station ‚team nursing‘ praktiziert und auf der anderen ein Mix aus primary nursing, ‚team and functional nursing‘ (s. Allen 2001a: 60f;70)

⁷² In einer anderen Arbeit beschreibt Allen (2001b) die Funktionsweise von Grenzarbeit anhand von Horrorgeschichten, in denen Ärzten eine zentrale Rolle spielen.

der Arbeitsebene bietet die Organisationsform der Primären Pflege der einzelnen Pflegekraft prinzipiell den hierfür erforderlichen Handlungsspielraum. Wie eine Pflegekraft die Funktion der Primären Pflegekraft ausgestaltet, zeigt sich u.a. darin, wie sie bei der klinischen Entscheidungsfindung von dem pflegerischen Wissenssystem Gebrauch macht oder dieses Wissen für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung zum zu pflegenden Menschen und seinen Bezugspersonen und für die Arbeitsbeziehung mit anderen Pflegekräften und Berufsgruppen nutzt. Hierbei bringt sie nicht nur zum Ausdruck, welchen **Wert sie der Pflege als Profession beimisst** und **welche Werte sie mit dem Pflegen verbindet**, sondern sie behauptet durch die Art und Weise, wie sie pflegt, zugleich den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege gegenüber dem Patienten und den anderen Berufsgruppen. Ihre Fähigkeit zur Rollengestaltung kann laut Bucher/Stelling (1969: 6) durch drei strukturelle Bedingungen eingeschränkt werden. Diese sind zum einen **die erforderlichen Fähigkeiten für eine bestimmte Aufgabe** – hier die Pflege fremder Menschen –, so dann die **Vorstellungen anderer Gruppen** von der professionellen Pflege und schließlich **das Team**, innerhalb dessen die professionelle Arbeit erfolgt (s. auch Pkt.9.4.2 und 9.4.3).

Was nun die in Kap. 1 erwähnten Wissensformen von Carper (1978/1992) und Chinn/Kramer (2008) betrifft, werden diese grundsätzlich auf zweierlei Art und Weise ausgedrückt: zum einen formal in Gestalt von Sprache und Schrift und zum anderen in den Handlungsweisen oder in der pflegerischen Praxis⁷³ (Chinn/Kramer 2008: 4). Letztere Form ist primär nonverbal. Einen, weniger dichotomen oder polarisierenden Zugang zu Wissensformen und zur professionellen Praxis bietet Michael Eraut (2000: 113f), der zwei allgemeine Wissensformen unterscheidet:

1. das kodifizierte, öffentlich zugängliche oder propositionale Wissen
2. das persönliche Wissen.

Beide Wissensformen werden nicht als voneinander getrennt gesehen. Dies ist für die Artikulation des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs ebenso wichtig wie für die Bestimmung seiner Grenzen, aber auch für die Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve und an den Pflegeverlaufskurven des zu pflegenden Menschen. Erauts Verständnis der o.g. Wissensformen korrespondiert mit dem pragmatistischen Theorieverständnis, das eine Kontinuität zwischen so genannten persönlichen Theorien - Alltagstheorien - und jenen Theorien postuliert, die mittels wissenschaftlicher Methoden generiert werden. Im Handeln kommen alle Wissensformen in unterschiedlichen Kombinationen zum Tragen. Von den oben erwähnten Wissensformen ist die kodifizierte Wissensform⁷⁴ definitionsgemäß explizit. Sie enthält Annahmen über qualifiziertes Handeln, jedoch weniger über Fähigkeiten oder über das ‚Knowing how‘ (s. Eraut 2003: 61f). Das kodifizierte Wissen ist Teil des in einer Gesellschaft verfügbaren kulturellen Wissens. Dieses Wissen liegt aber nicht nur in kodifizierter, sondern auch in nichtkodifizierter Form vor. Es handelt sich um sozial hergestelltes und von Gemeinschaften sowie sozialen Gruppen geteiltes Wissen (s. Eraut 2010: 181, Strauss 1993 und s. Pkt. 9.4). Das kodifizierte Wissen ist Teil des persönlichen Wissens, worunter Eraut (2000: 114) die kognitiven Ressourcen fasst, die ein Mensch in eine spezifische Situation einbringt und die es ihm erlauben zu denken und handlungsfähig zu sein, d.h. zu arbeiten. Eraut hebt auf den Gebrauch, statt auf den Wahrheitsgehalt des Wissens ab. Persönliches Wissen umfasst

- kodifiziertes Wissen, das von Menschen auf unterschiedliche Art und Weise genutzt wird
- Know-how in der Form von Fähigkeiten/Fertigkeiten und Gewohnheiten
- das persönliche Verständnis von Menschen und Situationen
- akkumulierte Erinnerungen von Fällen und von episodischen Ereignissen
- andere Aspekte der persönlichen Expertise, der praktischen Klugheit und des stillschweigenden Wissens

⁷³ Beide Ausdrucksweisen haben, worauf die Pragmatisten immer wieder hinweisen, eine sichtbare (hörbare) und eine unsichtbare (stille) Seite, die jedoch aufeinander bezogen sind (s. auch Star 1991, Strauss 1993).

⁷⁴ Nach Eraut (2000: 114, 2003: 61f) unterliegt die kodifizierte Wissensform verschiedenen Qualitätskontrollen in Form von peer reviews oder des öffentlichen Diskurses, sei es innerhalb einer Profession, eines Teams oder innerhalb der Öffentlichkeit. Ihren Status erhält dieses Wissen dadurch, dass es Eingang in Bildungsgänge, Bücher oder Fachzeitschriften findet.

- Selbst-Wissen, Einstellungen, Werte und Emotionen (Eraut M. 2010, <http://www.lifewidelearningandeducation.pbworks.com>).

Von Bedeutung ist, dass der Transfer von kodifiziertem in persönliches Arbeits- bzw. Handlungswissen⁷⁵ mit Lernprozessen verbunden ist (s. 9.4). Professionen nutzen normalerweise Theorien verschiedener Disziplinen, indem sie sich diese zueigen machen und in ihren jeweiligen professionellen Kontext adaptieren. Darüber hinaus beeinflussen Theorien unabhängig von ihrer Herkunft und davon, ob sie als solche anerkannt sind oder nicht oder ob sie einem bewusst sind oder nicht das professionelle Handeln (Eraut 2003: 62f, 2007a: 2ff). Mit dem Aufkommen der Pflegewissenschaft ist die Pflege als Profession zur Begründung ihres Handelns und zur Behauptung ihres Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs nicht mehr ausschließlich von *importierten Theorien abhängig*, sondern schafft sich, wie Eraut ganz allgemein für Professionen feststellt, *ihre eigenen Theorien*. Allerdings ist der Status letzterer und deren ‚praktische Nützlichkeit‘ in der Pflege umstritten (s. Kap. 1). Grundsätzlich können unterschiedliche Arten von Theorien unterschieden werden. Zudem spielt das in einer Gruppe geteilte kulturelle Wissen eine Rolle (s. Eraut/Hirsh 2007a: 4). Dies lenkt den Blick auf den sozialen Charakter der Lernkontexte, auf den sozialen Ursprung des Wissens, das in einer Gruppe bzw. einem Team geteilt, entwickelt und weitergegeben wird, sowie auf die weite Spannweite kultureller Praktiken und Erzeugnisse als Wissensressourcen für das Lernen. In Anlehnung an Mead (s. Kap. 3, 4,8) können Ideen, Konzepte und Theorien als intellektuelle Werkzeuge betrachtet werden. Sie sind in den Worten von Star (2004: 58) als ‚Handlungsverläufe‘ zu verstehen, die zum Zwecke der Problemlösung mit anderen Handlungen verknüpft werden. Sie stellen Mittel der *Situationsdefinition*⁷⁶ dar, mittels derer die Pflegekräfte pflegerische Phänomene wahrnehmen, benennen und problematisch gewordene pflegerische Situationen deuten. Weiter sind sie intellektuelle Mittel, um ein auf die Zukunft ausgerichtetes pflegerisches Handeln, sei es ein auf sich selbst oder auf einen Anderen bezogenes Handeln, gedanklich antizipieren und planen zu können. Es sind Werkzeuge in Form von Hypothesen, deren Brauchbarkeit sich im Handeln bewährt und die anhand der aus dem Handeln resultierenden praktischen Konsequenzen (Ergebnis) bewertet werden⁷⁷. Im nächsten Schritt soll in groben Zügen nachgezeichnet werden, welche Vorstellungen in Gestalt von Überzeugungen, Werten, Ideen, Konzepten oder Theorien den symbolisch-kognitiven Bezugsrahmen der Pflege⁷⁸ geprägt haben.

9.3.1 ENTWICKLUNGSLINIEN DES PFLEGERISCHEN AUTORITÄTS- UND ZUSTÄNDIGKEITSBEREICHS UND WISSENSSYSTEMS IM HISTORISCHEN VERLAUF

Historisch gesehen, wird die inhaltliche Gestaltung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs als Teil des in Kap. 4 beschriebenen pflegerischen Funktionskreises trotz der in den letzten Jahren zu beobachtenden Professionalisierungsbestrebungen nach wie vor von Konzeptionen geprägt, die auf die historische Etablierung der beruflichen Pflege in Deutschland zunächst als *religiös geprägte* und später als *säkularisierte Heilspflege* sowie *Heilpflege* verweisen. Dies wird in Abbildung 9.6 anhand des Abbottschen Handlungsmodells veranschaulicht.

⁷⁵ In der Berufsbildungsdiskussion wird von Arbeitsprozesswissen gesprochen. Es ist das Wissen, „das im Arbeitsprozess unmittelbar benötigt wird [...]; im Arbeitsprozess selbst erworben wird, z.B. durch Erfahrungslernen, es schließt aber die Verwendung fachtheoretischer Kenntnisse nicht aus; das einen vollständigen Arbeitsprozess umfasst, im Sinne der Zielsetzung, Planung, Durchführung und Bewertung der eigenen Arbeit im Kontext betrieblicher Abläufe“ (Fischer, 2000 zitiert in Rauner 2007: 61f)

⁷⁶ Verweis auf Meads Definition der Situation und der Organisation von Perspektiven (s. Star 2004:58ff)

⁷⁷ Karen Jensen und Leif Lahn (2005) haben die Rolle und Funktion der Pflege-theorien als Wissensressource und verbindendes Element in ihrer Studie herausgearbeitet, worin sie PflegestudentInnen über drei Jahre verfolgt haben.

⁷⁸ Inwieweit pflegetheoretische Ansätze als etwas Fremdes oder als Bereicherung der eigenen Praxis erlebt werden, zeigt sich u.a. darin, welchen Stellenwert die eigene Profession diesen Ansätzen für die Begründung und Entwicklung der eigenen Profession und des sozialen Mandats (s. Eraut 2003: 62) beimisst.

Abb. 9.6: Handlungsmodell von Medizin und Religion



Im Zentrum des medizinischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs stehen die Diagnose und die Behandlung von Krankheit, wohingegen im Zentrum der Heilspflege die Bekehrung zum Glauben und die Rettung des Seelenheils steht. Das gemeinsame Merkmal der religiösen Heilspflege und der medizinischen Heilspflege bestand darin, dass in beiden Bereichen der Aufgabenbereich der Pflegekräfte wie dessen Grenzen durch religiöse und medizinische Autoritäten im Sinne eines Unterordnungsverhältnisses klar umschrieben und situativ adaptiert wurde. Es handelte sich um eine hierarchische Differenzierung, bei der die Pflege jeweils als Teilaspekt der seelsorgerischen bzw. der medizinischen Hauptaufgabe verstanden wurde und nicht als eigenständige Aufgabe mit eigener Berechtigung. Hierbei wurde das Handeln der einzelnen Pflegekraft kollektiven Normen (der Ordensgemeinschaft, des Mutterhauses) bzw. den Normen der Religion und der wissenschaftlichen Medizin unterworfen. In beiden Bereichen war das eigenständige Handeln der einzelnen Pflegekräfte allenfalls in begrenztem Ausmaß vorgesehen. Es war eher die Ausnahme als die Regel. Wie der Ausdruck ‚verlängerter Arm des Arztes‘ sagt, wurde die Pflegekraft als Objekt bzw. Instrument der Medizin bzw. der Kirchen ohne eigenes Selbst und eigene Identität konstruiert. In beiden völlig verschiedenen sozialen Welten nehmen die Pflegekräfte einen randständigen und keinen zentralen Platz ein. Sie waren bzw. sind in beiden Welten der **undifferenzierte Andere**, der die übriggebliebene Arbeit in Form der Vor-, Zu- und Nacharbeit erledigt. In beiden Welten waren bzw. sind die Pflegekräfte bildlich gesprochen ‚*marginal (wo)man*‘ und ist ihre Arbeit ‚unsichtbar‘ (s. Timmermans/Bowker/Star 1998: 221). Nach der Idee des Grenzobjekts (s. Kap. 8) hat die Krankheit des jeweiligen Patienten implizit die Funktion eines ‚boundary objects‘ (Grenzobjekts). Bowker/Star (2000: 292) sehen in der Funktion von Grenzobjekten eine von mehreren Möglichkeiten zum Handhaben divergierender Standpunkte. Bezogen auf die Pflege vermittelte die Krankheit als Grenzobjekt zwischen den beiden sozialen Welten, während die geschlechtlich konnotierte Arbeit der Pflegekräfte die Passage dieses Objekts von einer Welt in die andere ermöglichte. Den Pflegekräften kam eine wichtige Funktion bei der zu leistenden **Übersetzungsarbeit** zwischen den verschiedenen Welten zu, zwischen den sozialen Welten der Medizin, der Religion und der Patienten. Die Krankheit als Grenzobjekt diente der Gewährleistung und dem Management der Koexistenz verschiedener sozialer Welten. In Bezug auf die Religion rückte diese Funktion mit zunehmender Deutungsmacht der Medizin und dem in der säkularisierten Welt zunehmendem Bedeutungsverlust der von den Konfessionen angebotenen religiösen Deutungsmuster für Krankheit immer mehr in den Hintergrund.

Als sich mit Beginn des 20. Jahrhunderts von den in Deutschland in der Pflege vorherrschenden Berufskonzeptionen vor allem jene durchsetzten, wonach die Pflege der Medizin unterzuordnen war, geriet das Gleichgewicht zwischen Heils- und Heilpflege durcheinander. Der damit einhergehende Konflikt wurde erst nach dem Zweiten Weltkrieg

sichtbar, bis er Ende der 1960er Jahre/Anfang der 1970er Jahre nicht mehr zu übersehen war. Er drückt sich nach dem Zweiten Weltkrieg in den Bezeichnungen der säkularisierten Heilspflege als **Grundpflege** und der Heilpflege als **Behandlungspflege** aus und führt zu einer Neubewertung beider Bereiche. Ungeachtet dessen strahlen die mit der **Heilspflege** verbundenen Berufskonzeptionen in ihren verschiedenen konfessionellen (katholisch, protestantisch) und säkularen Ausprägungen⁷⁹ bis heute auf die Pflege aus. Dies ist u.a. dem Umstand geschuldet, dass von den Pflegekräften, die Ende des 19. Jahrhunderts geboren waren und nach dem 1. Weltkrieg ihre berufliche Sozialisation innerhalb dieser Berufskonzeptionen erfuhren, ihren Beruf in der Regel lebenslänglich ausübten. Sie nahmen nach dem Zweiten Weltkrieg, als die geistlichen und weltlichen Mutterhausverbände und freien Schwesternschaften⁸⁰ sich neben der ‚Bewältigung‘ des Nationalsozialismus⁸¹ aufgrund des herrschenden Nachwuchsmangels⁸² mit ihrem jeweiligen **Selbstverständnis** befassen mussten, bis weit in die 1960er Jahre hinein aktiven Einfluss auf die Deutung des pflegerischen Wissenssystems, auf die Gestaltung der Pflegepraxis und auf die Rolle der Pflegekräfte. Ihre Vorstellungen und ihr Handeln prägten die Kultur der beruflichen Pflege und somit auch deren Denkgewohnheiten und Gewohnheiten des pflegerischen Handelns. Das Verständnis der von den Schwesternschaften vertretenen Auffassung einer ‚**ganzheitlichen**‘ bzw. ‚**patientenorientierten Pflege**‘⁸³ leitete sich aus ihrem Verständnis der religiös geprägten bzw. säkularisierten **Heilspflege**, dem damit verbundenen **Dienstverständnis** und der **Lebensform** ab. Wie neuere historische Arbeiten zum Alltag von Ordensfrauen bzw. Diakonissen in der Krankenpflege zeigen, bot die Heilspflege, in deren Mittelpunkt vor allem die Pflege des ‚Geistes‘, aber auch die des Leibes/Körpers stand, den Ordensfrauen/Diakonissen einen gewissen eigenen arztunabhängigen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich (s. Nolte 2008: 123, Kreutzer 2005, 2008, 2010, Meiwes 2000, 2008). Dabei handelte es sich jedoch nicht um einen selbstbestimmten Bereich⁸⁴, sondern um einen durch die Regularien des Mutterhauses bzw. des Ordens reglementierten (s. Nolte 2009a: 147). Diese religiös begründete Pflege⁸⁵, die **Heilspflege**, bestimmte die Krankenversorgung in konfessionell geführten Häusern und wurde von ihnen verteidigt.

⁷⁹ Hier handelt es sich um die Konzeptionen der Frauenvereine, des deutschen Roten Kreuzes, der Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands sowie der gewerkschaftlich organisierten Pflege.

⁸⁰ Auch wenn den geistlichen und weltlichen Mutterhausverbänden ihre vor dem Zweiten Weltkrieg geschaffenen und über diesen hinweg geretteten Strukturen beim Wiederaufbau des Krankenhauswesens zugutekamen, machte die veränderte gesellschaftliche Situation nach der Gründung der Bundesrepublik den geistlichen Mutterhausverbänden zu schaffen (s. Scharffenorth et al. 1984). In West- und Ostdeutschland verliefen die Entwicklungen in der Pflege nach dem Zweiten Weltkrieg verschieden. In den westlichen Besatzungszonen kam es 1948 zum Zusammenschluss der Deutschen Schwesterngemeinschaft, um hier Einfluss nehmen zu können (s. Denkschrift 1950).

⁸¹ Zur Pflege im Nationalsozialismus liegen inzwischen Untersuchungen vor (s. bspw. Steppe 1993, Steppe/Ulmer 1999, McFarland-Icke 1999). Christoph Schweikardt (2009) beschreibt die Arbeitsfelder der NS-Schwestern. Er kommt zu dem Schluss, dass noch viele Fragen erforscht werden müssen, etwa der Beitrag der NS-Schwesternschaften zur Säkularisierung der deutschen Pflege und der Einfluss der Schwestern nach 1945. Manuela Schoska (2009) befasst sich mit der pflegerischen Verantwortung im Nationalsozialismus. Sie rekonstruiert diese anhand von Sekundärliteratur, vier Krankenpflegelehrbüchern und schriftlichen Quellen des Krankenhausmuseums Ost und des Staatsarchivs Bremens.

⁸² Die Krankenhäuser standen vor einem wirtschaftlichen Zusammenbruch und waren aufgrund des Personalmangels im Pflegebereich in ihrer Existenz bedroht (s. Eichholz 1957: 1). Mitte der 50er Jahre lag dieser Mangel je nach Schätzung zwischen 7.000 und 40.000 (s. Seel 1957: 381). Wie diese Situation konkret erfahren wurde, beschreibt Anna-Paula Kruse (2009) in ihren Buch *Der Anfang nach dem Ende*.

⁸³ In der Studie von Scharffenorth et al. (1984) steht die Klärung des Selbstverständnisses der Schwesternschaften und ihrer Rolle in der evangelischen Kirche im Mittelpunkt. Es wird kein Versuch unternommen, zwischen der Krankenpflege als Beruf oder anderen von den Diakonissen bzw. Verbandsschwestern ausgeübten Berufen und ihrer geistlichen Betätigung, sei es die Ausübung eines kirchlichen Laienamts oder eines Amtes als Diakonisse, zu unterscheiden. Die Arbeit gibt ein differenziertes Bild von den Schwesternschaften, der Rolle der Mutterhäuser, ihrer Vorsteher und der Kirche.

⁸⁴ Nolte (2009a: 146) merkt an, dass die Briefe der Diakonissen deren Bemühungen widerspiegeln, dem Idealbild einer Diakonisse (religiöses Selbstbild) und den in sie vom jeweiligen Direktor (Fliedner und Nachfolger) gesetzten Erwartungen zu entsprechen. Nolte (2009b: 153) vergleicht Fallbeispiele von häuslicher Pflege durch Kaiserswerther Diakonissen mit einem von Agnes Karll beschriebenen Fallbeispiel. Sie kommt zu dem Schluss, dass im Zentrum der Identität der Kaiserswerther Diakonissen die Pflege des ‚Geistes‘ steht. Ärztliche Entscheidungen scheinen den Handlungsradius der Diakonissen weniger zu begrenzen als den von Agnes Karll, deren Selbstbild sich an einer von Medizin und Wissenschaft definierten Pflege orientiert.

⁸⁵ Kreutzer (2008) bezeichnet diese Pflege als ‚ganzheitlich‘, da die Pflege an den Bedürfnissen/ Erfordernissen der Patienten orientiert war und jede Schwester für die Pflege einer gewissen Anzahl von Patienten verantwortlich war. Sie hebt die

In den 1950er und 1960er Jahren, einer Zeit, in der der Berufsstand auf der Suche nach dem ‚*Eigentlichen der Pflege*‘ war, macht sich bei den weltlichen Schwestern das Gefühl eines ‚Verlusts der Mitte‘ breit. Die führenden Pflegekräfte litten an einem Autoritätsverlust (s. Plieninger 1952: 61). Sie waren damit konfrontiert, dass die junge Generation nach den Erfahrungen des Dritten Reiches und der Zeit danach eine Unterordnung unter die ältere Generation bewusst oder unbewusst ablehnte. Weiter fällt auf, dass ein Blick über die Grenzen gewagt wird. So wurden erstmals Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum in der Deutschen Schwesternzeitung abgedruckt, die auf die Entwicklung der Pflege von einem Beruf zu einer Profession aufmerksam machten. Trotz vorherrschender Personalnot war aber die Vorstellung von der Pflege als ‚reiner Erwerbsarbeit‘ in den Pflegekreisen der Bundesrepublik der Nachkriegszeit umstritten⁸⁶. Insgesamt wurde viel Energie auf die Frage verwendet, wie es den Pflegekräften möglich wäre, zum Eigentlichen der Pflege zurückzukehren. Erste vage Vorstellung dazu erschienen in Form einer ‚*individualisierten Pflege*‘ in den verschiedensten Artikeln von Pflegekräften, Ärzten und anderen⁸⁷, in denen die *Beziehung* zwischen *Pflegekraft* und *Patient* im Mittelpunkt steht.

Protagonistinnen einer weltlich orientierten individuellen Pflege waren etwa Olga von Lersner (1955), Lisa Schleiermacher (1960) oder Lucy Romberg (1960), die mit unterschiedlicher Akzentuierung übereinstimmend die Auffassung vertraten, dass Pflege und Medizin einen je eigenen Aufgabenbereich hätten. Darüber hinaus teilten sich Pflege und Medizin einen gemeinsamen Bereich, in dem beide Berufe zum Wohle des Kranken tätig seien. Von Lersner betont insbesondere den erzieherischen Auftrag, der in der ‚*Lehre zur Gesundheit*‘ liegt und über die äußere Heilung hinausgeht. Um diese Aufgabe wahrzunehmen, muss sich die Pflegekraft auf eine individuelle, persönliche Pflege einlassen. Auch für Lisa Schleiermacher (1960) ist die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient von zentraler Bedeutung. Diese hat in Anlehnung an Viktor von Weizsäcker einen eigenen und besonderen therapeutischen Wert (s. Schleiermacher 1960: 460). Die Schwester möchte ihrem Selbstbild⁸⁸ zufolge helfen, während der Arzt heilen möchte. Hieraus folgert Schleiermacher, dass die pflegerische Tätigkeit umfassender als die ärztliche ist. Sie umgreift „die ganze Persönlichkeit des Kranken“. Im Krankenhausalltag wurde der dafür erforderliche Raum aufgrund der Zunahme der von der Pflegekraft auszuführenden arztabhängigen Tätigkeiten immer mehr zugedeckt. Ihr Bild vom ‚Mitgehen‘ mit dem Patienten als das Entscheidende der Pflege verweist auf die ‚erzieherische Aufgabe‘ der Pflegekraft. Diese bedarf einer gewissen Schulung und eines Wissens und ist bisher nur unzureichend wahrgenommen worden. Auch Lucy Romberg (1960: 46), Oberin der Schwesternschaft der Arbeiterwohlfahrt, sah in der Gesundheitserziehung die neue zentrale Aufgabe der Schwester. Mit diesem Aufgabengebiet gewinnt das ‚Eigentliche‘ der Pflege eine konkrete Kontur ebenso wie die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient (oder das, was darin geschehen soll), einen Namen bekommt. Auffallend ist, dass Romberg (1960: 48) die Aufgaben der Pflegekraft im Bereich der seelischen Heilbehandlung, der psychischen Betreuung und Begleitung des Patienten nicht religiös, sondern weltlich bestimmt wissen will, wie die Forderung nach einer Vermittlung von Gesprächstechniken in der Ausbildung belegt. Hier deutet sich eine Hinwendung und Öffnung zu anderen Wissenschaftsgebieten an. Eine in die gleiche Richtung weisende, dennoch sich deutlich unterscheidende weltliche Auffassung vom Pflegeberuf vertrat Antje

‚Krankenbeobachtung‘ als einen spezifischen Kompetenzbereich der Pflege hervor. Diese betone das Wesen der pflegerischen ‚Unabhängigkeit‘ als Folge der kontinuierlichen Präsenz beim Patienten. Diese Kompetenz und Unabhängigkeit unterlag seit den 1950er Jahren einem Erosionsprozess mit dem Ergebnis, dass sich die ursprünglich ‚ganzheitliche Pflege‘ zu einer an Tätigkeiten orientierten Pflege (Funktionspflege) wandelte (s. auch Kreutzer 2010: 115ff).

⁸⁶ Die unterschiedlichen geistlichen und weltlichen Vorstellungen vom Pflegeberuf vertrugen sich nicht mit den Vorstellungen von der Pflege als einem (Erwerbs-) Beruf für Frauen.

⁸⁷ Den Ärzten, die sich zu Wort melden, schwebt eine Pflegekraft vor, die im Gegensatz zu den Schwestern alten Stils eine ärztliche Anordnung versteht und nicht nur mechanisch ausführt (s. z.B. Haas 1955: 103).

⁸⁸ Das Selbstbild der Pflegekraft ergänzt Schleiermacher um folgende von den Patienten erwähnte Eigenschaften: körperliche und geistige Gesundheit, gesunder Menschenverstand, Aufgeschlossenheit, Beobachtungsgabe, Geistesgegenwart, manuelle Geschicklichkeit, Fähigkeit zur Menschenführung, Entschiedenheit, Behutsamkeit und Humor.

Grauhan (1964a+b) Leiterin der Schwesternschule an der Universität Heidelberg. Im Rahmen ihrer Beschäftigung mit der Neuordnung des Ausbildungssystems setzte sie sich mit den ‚Basic Principles of Nursing Care‘ von Virginia Henderson (s. Kap. 2) auseinander. Den Vorteil dieser Grundregeln sah sie in der handlungsleitenden Orientierung des beruflichen Interesses. Hiernach ist ein berufliches Eingreifen immer dann erforderlich, wenn der Mensch seine ‚Grundbedürfnisse‘ nicht mehr selbst, d.h. aus eigener Kraft oder aufgrund fehlenden Wissens und Willens nicht selbst befriedigen kann. Die damit einhergehenden pflegerischen Aufgaben bei der Befriedigung der Grundbedürfnisse des Patienten, d.h. die unmittelbar auf den Patienten bezogenen Aufgaben der Pflegekraft ordnet Grauhan drei allgemeinen Begriffsgruppen oder Aufgabenfeldern zu,

- „der Krankenbeobachtung
- der Grundpflege und eigenständigen Behandlungspflege⁸⁹
- den Verrichtungen im Auftrag Anderer (Arzt, Geistlicher usw.) und der Hilfeleistung bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen“ (Grauhan 1964a: 38).

Grauhans Veröffentlichungen (1964 a, b, 1967, 1968) liefern eine erste konkrete Beschreibung eines säkularen Berufsverständnisses von der Pflege. Sie geben wichtige Hinweise darauf, was das ‚Eigentliche‘ der Pflege sein kann. Mit ihrer Auffassung, dass die Krankenpflege ein erlernbarer Erwerbsberuf und ein Mittel zur finanziellen Selbsterhaltung ist, bricht Grauhan mit der immer noch vorherrschenden Vorstellung, wonach die Ausübung des Pflegeberufs primär an charakterliche Eigenschaften bzw. an das weibliche Geschlecht⁹⁰ gebunden ist (s. auch Grauhan 1990: 54ff). Sie begreift das Gebiet der Krankenpflege als eigenständigen Aufgabenbereich, den sie vor allem in der *Befriedigung der Grundbedürfnisse* des Menschen bzw. im Bereich der ‚*Diätetik*‘ sieht und deren Umfang und Art abhängig vom Zustand des jeweiligen Patienten ist. Für diesen Aufgabenbereich wird die Pflegekraft ausgebildet, diesen sollte sie beherrschen und für ihn die Verantwortung übernehmen. Forderte Romberg die Gesundheitserziehung und die Vermittlung entsprechender Fähigkeiten und Fertigkeiten als neues wichtiges Aufgabenfeld für die Pflege, lieferte Grauhan erste konkrete Ansatzpunkte dafür, wie das ‚Eigentliche der Pflege‘ aussehen könnte bzw. was der Gegenstand der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient ist.

Trotz ihrer diesseits orientierten Auffassung vom eigentlichen Bereich der Pflege fällt auf, dass selbst solchen welt-offenen und aufgeschlossenen Pflegekräften die Trennung zwischen religiöser Lebensauffassung verknüpft mit der charakterlichen Eignung und einer professionellen Berufsauffassung schwer fiel. Die Vermischung beider Auffassungen wurde nicht als Problem gesehen. Eine mögliche Erklärung für diese Situation kann das von dieser Generation seinerzeit noch internalisierte und verteidigte Berufs- und Frauenbild sein. Das ‚*weibliche Zölibat*‘ berufstätiger lediger Frauen war eine wichtige Voraussetzung zur Ausübung so genannter Frauenberufe. Es war ein wichtiger Teil des beruflichen Selbstverständnisses und gehörte zur unhinterfragten ‚Normalität‘, auch wenn diese Normalität immer weniger den realen Verhältnissen entsprach (s. auch von Oertzen 2000: 16f). Bezogen auf die berufliche/professionelle Pflegeverlaufskurve gab das von den Frauen gelebte Berufskonzept ihnen Sicherheit. Es gab ihrem Handeln eine Struktur. Das Hinterfragen dieses Konzepts hätte die vertrauten Handlungsmuster zusammenbrechen lassen. Was die Beziehung zum Patienten betrifft, deutet sich eine veränderte Sichtweise des Patienten vom **Objekt** zum **Subjekt** an. Die Diskussion um die Reform der Krankenpflegeausbildung von 1965 zeigt (s. Mischo-Kelling 1995b: 242), dass sich in den 1960er Jahren die von Romberg oder Grauhan vertretenen Vorstellungen nicht durchsetzen konnten. Eine Verständigung auf das Eigentliche der Pflege fiel der Pflege als Gesamtgruppe nicht zuletzt aufgrund der noch stark in religiösen Deutungsmustern verhafteten Betreuung schwer.

⁸⁹ Grauhan (1964a: 39) zeigt anhand von Beispielen auf, wie problematisch die Begriffe ‚Grundpflege und Behandlungspflege‘ sind.

⁹⁰ Die Tatsache, dass die Krankenpflege insbesondere Frauen anzieht, veranlasst Grauhan unter dem Gesichtspunkt der kurzen Berufsverweildauer von Frauen aufgrund von Heirat und familiären Verpflichtungen darüber nachzudenken, wie die Ausbildung so gestaltet werden kann, dass der Patient in den Genuss von deren Ergebnissen kommt.

Anregungen für eine moderne und zukunftsorientierte Krankenpflegeausbildung und Krankenpflegepraxis erhielt die Deutsche Schwesterngemeinschaft über den 5. Bericht des Expertenkomitees für Krankenpflege der WHO⁹¹. Aufgrund der tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen sollte eine ‚umfassende‘ Ausbildung in der *vorbeugenden* und *heilenden Pflege* wie auch in der *Rehabilitation* angestrebt werden. Um der weltweit zu beobachtenden Entpersonalisierung des Patienten (und der Pflegekraft) im Gefolge der Verwissenschaftlichung und Technisierung der Gesundheitsversorgung entgegenwirken zu können, sollte die Krankenschwester den Patienten als Individuum behandeln. Ausgangspunkt für ihr Handeln *am, für und mit* dem Patienten sowie für die Delegation von Aufgaben ist der Patient und das, was für ihn am besten ist⁹² (s. 5. Bericht 1967: 521). Im Zuge der Konkretisierung dieser Ideen wurde von der WHO Ende der 1960er Jahre die in den USA entstandene Idee, die *Pflege als Prozess* zu verstehen, aufgegriffen und in den 1970er/1980er Jahren in Europa im Rahmen des mittelfristigen Programms für das Krankenpflege- und Hebammenwesen verbreitet (s. ausführlich Mischo-Kelling 2003, Kap. 1 und 2). Das in Kap. 2 beschriebene RLT-Modell muss im Kontext dieser Entwicklungen gesehen werden. Während diese Entwicklungen in vielen Europäischen Ländern die Professionalisierung der Pflege und die wissenschaftliche Begründung des Gegenstandsbereichs der Pflege vorantreiben, fällt die deutsche Pflege in eine tiefgreifende Krise, von der sie sich rückblickend bis heute nicht erholt hat.

In den 1970er Jahren wird mit der Verberuflichung der Pflege *eine Trennung zwischen Lebensform und Berufstätigkeit* vollzogen⁹³. Im Zuge dieser Entwicklungen werden der Realisierung einer ‚ganzheitlichen Pflege‘ nicht nur ihre bisherigen *inhaltlichen Stützpfeiler* in Form der religiös bzw. ideologisch begründeten *Heilspflege* entzogen, sondern auch ihre *organisatorischen Stützpfeiler* in Gestalt der *Lebensform* und *des damit verbundenen Dienstverständnisses*. Dies belegen verschiedene Untersuchungen aus den 1970er Jahren, die sich mit der Personalsituation⁹⁴, der Ausbildungssituation und den Arbeitsbedingungen befassen (s. Pinding 1972; Pinding et al. 1972, Leitner-Botschafter et al. 1973, Volkholz 1973). Sichtbar wurde das Problem in der durchschnittlichen Berufsverweildauer, die von 1960 bis 1969 von 15 auf 10 Jahre zurückgegangen war, was es in vergleichbaren Frauenberufen nicht gab. Nach Leitner-Botschafter et al. (1973) war die Vorstellung von der Pflege als *lebenslanger Tätigkeit* in der Tradition der weltlichen und konfessionellen Mutterhäuser ins Hintertreffen geraten, wohingegen die ebenfalls schon existierende Vorstellung von der Pflege *als vorübergehende Tätigkeit* bis zur Übernahme des von der Gesellschaft für Frauen vorgesehenen *Naturberufs als Ehefrau, Hausfrau und Mutter* an Bedeutung gewann. Volkholz (1973: 80) unterschied auf der Basis der Berufsverweildauer zwei Gruppen. Zur ersteren zählen die Ordensschwestern und Diakonissen⁹⁵. Die andere Gruppe schied vorzugsweise mit der Heirat aus dem Beruf aus. Somit trafen zwei in ihren Orientierungen und Berufserfahrungen völlig unterschiedliche Gruppen aufeinander. Verfügte die eine Gruppe über eine

⁹¹ In dem Bericht wurden die Sicherstellung von genügend Krankenpflegepersonen und die Gewährleistung der bestmöglichen Krankenpflege als zentrale, von den Verantwortlichen in der Pflege anzugehende Probleme herausgestellt (s. 5. Bericht 1967: 520).

⁹² Die Mitglieder des Expertenkomitees stützen sich auf die Definition von Krankenpflege von Henderson. Sie machten Aussagen zu den Arbeitsbedingungen, d.h. zur Bereitstellung von ausreichenden Pflegemitteln, zum Pflegesystem und Betriebsklima. Ein weiterer Punkt war die Qualität der ärztlichen Versorgung, da diese sich auf die Qualität der pflegerischen Versorgung auswirkt (s. 5. Bericht 1967: 522). Das Komitee empfahl eine Differenzierung von Berufsrollen. Es beschäftigte sich ausführlich mit dem *Pflegeteam*, der *Gruppenpflege*, mit der *Rolle der Teamleiterin* und der Notwendigkeit, einen Pflegeplan für den Patienten entsprechend der pflegerischen Bedürfnisse zu erstellen und ihn kontinuierlich an diesen Bedürfnissen neu auszurichten. In diesem Zusammenhang geht das Komitee auch auf die Rolle der Männer ein (s. 5. Bericht 1967: 565).

⁹³ Christine von Oertzen (2000: 16ff) zeigt u.a. am Beispiel der Krankenpflege das Verschwinden des Titels ‚Fräulein‘ auf. Sie bringt dieses Phänomen in Zusammenhang mit bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts vorherrschenden Leitbildern für verheiratete und unverheiratete Frauen.

⁹⁴ Der Bedarf an qualifiziertem Personal wurde Ende der 1960er Jahre, Anfang der 1970er Jahre auf ca. 30.000 bis 40.000 geschätzt, der bei Berücksichtigung eines Dreischichtsystems um weitere 20 bis 30% anstieg (s. Eichhorn 1973:49).

⁹⁵ Sie übten ihren Beruf lebenslang aus. Ihr Anteil an der Gesamtgruppe der Pflegekräfte war rückläufig. Er lag 1965 bei 24,83 Prozent.

sehr lange Berufstätigkeit sowie Bindung an eine Lebensgemeinschaft, zeichnete sich die andere durch eine sehr kurze Berufstätigkeit aus und dadurch, dass sie in Bezug auf ihre Vorstellungen von Pflege ganz auf sich selbst gestellt war. Im Gegensatz zu den Ordensschwestern bzw. Diakonissen und den sich einem Verband zugehörig fühlenden Pflegekräften⁹⁶ fehlte ihnen ein verbindendes Element, aus dem sie ihre Orientierungen und beruflichen Selbstkonzeptionen beziehen konnten. Nach Leitner-Botschafter et al. (1973: 83f) hatte der ‚Schwesternstand‘ keine einheitliche Grundlage mehr, oder anders formuliert, ihm war eine für das berufliche Selbst, das Selbstkonzept und die Identität als Pflegekraft konstitutive *soziale Welt* als Bezugspunkt abhanden gekommen.

Vor diesem Hintergrund sind die Entwicklungen seit den 1970er Jahren zu sehen, die sich konzeptionell sowohl im Bereich der religiösen wie der säkularisierten *Heilspflege* als auch im Bereich der *Heilpflege* abspielen. Die voranschreitende Arbeitsteilung, bedingt durch neue Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten und den Zwang zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung führte zu erhöhten Informations-, Koordinations- und Kooperationsleistungen und damit zu einer Zunahme so genannter Verwaltungsaufgaben. Die immer stärkere Inanspruchnahme der Pflegekraft durch den Arzt hingegen führte dazu, dass die Tätigkeiten der Pflegekräfte *arztähnlicher, arztnäher* und *therapieorientierter* wurden. Die Pflege war zum Spielball verschiedener Interessengruppen geworden. Sie reagierte auf diese Situation mit dem in den Fachzeitschriften vielfach artikulierten Wunsch nach der Rückkehr zu einer verloren gegangenen individuellen oder patientenorientierten Pflege. Es ging hierbei nicht um eine schlichte Neuauflage der im Kontext der religiösen und säkularen Heilspflege historisch gewachsenen Vorstellung einer ‚ganzheitlichen Pflege‘, wie die in den 1960er und 1970er Jahren geführte Diskussion über Pflegesysteme als Mittel zur Realisierung einer wie immer gearteten individuellen, ganzheitlichen und patientenorientierten Pflege belegt (s. ausführlich Mischo-Kelling 2007a). Erste wichtige Impulse für eine solche Pflege gingen von der psychosomatischen Medizin und einem für die deutsche Krankenpflege wichtigen Modellversuch (1972 - 1979) auf einer internistisch-psychosomatischen Station der Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik der Universitätsklinik Ulm aus.

Auf dieser Station wurden Arbeitsmöglichkeiten der Schwestern im Rahmen einer patientenzentrierten Medizin⁹⁷, d.h. der *Heilpflege*, erprobt (s. Köhle et al. 1973: 14f). Dieser Ansatz ist als Reaktion auf die herkömmliche ‚krankheitszentrierte‘, vom kranken Menschen abstrahierende Medizin zu verstehen. Die kritisierte Konzentration der Pflegekraft auf die Krankheit statt auf den *Patienten* wurde den Vertretern des Ulmer Modells zufolge durch eine naturwissenschaftlich geprägte Krankenpflegeausbildung gestützt. Im Ulmer-Modell wird die Pflegekraft als eine wichtige Ressource und als therapeutisches Medium im *Genesungsprozess* des Kranken gesehen⁹⁸. Charakteristisches Merkmal einer patientenzentrierten Medizin und Pflege ist, dass der Patient und die Beziehungen des Arztes bzw. der Pflegekraft zu ihm im Mittelpunkt stehen. Das Adjektiv *patientenzentriert* verweist auf ein Verhalten

”bei dem der Dialog als Kommunikationsform zwischen Schwester und Patient im Zentrum steht. Die Schwester wendet sich als Subjekt an ein anderes Subjekt, den Patienten. Sie tritt damit in eine Interaktion mit dem Patienten und wird selbst zum Erkenntnisinstrument: Eigene emotionale Regungen zeigen psychologische Prozesse im Patienten an. Die Krankenschwester versucht in diesem Umgang, sich ein Stück weit mit dem Patienten zu identifizieren, um dadurch etwas über das Erleben des Kranken in seiner derzeitigen Situation zu erfahren” (Urban et al. 1973: 40).

⁹⁶ Diese bezogen sie aus ihrer Lebensform, die maßgeblich ihre Arbeit bestimmte und ihr mehr oder weniger Inhalt verlieh.

⁹⁷ Deren Grenzen wurden in den 1960er und 1970er Jahre zunehmend für alle Beteiligten - Ärzte, Pflegekräfte und Patienten – spürbar. Sie zeigten sich vor allem bei unheilbar Kranken, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel der Diagnostik und Therapie nicht mehr ausreichten und die Linderung der Schmerzen des Patienten im Vordergrund stand (Urban et al. 1973: 39).

⁹⁸ Hier wird an Erkenntnisse angeknüpft, die Harry Stack Sullivan schon in den 30er Jahren in der Psychiatrie gewonnen hatte und die Hildegard Peplau in ihrem 1952 erschienenen Buch ‚Interpersonale Beziehungen in der Pflege‘ auf die Pflege überträgt (s. Kap. 5). Dieses Buch war einigen Insidern des Medizin- und Pflegewesens bekannt. Erwähnt seien hier Maria Pinding und Hans Schipperges. Umso mehr wundert es, dass diese Erkenntnisse nicht aktiv aufgegriffen und genutzt wurden (s. Kap 5).

Solche Verhaltensweisen passen nach Urban et al. (1973) nicht zum traditionellen Bild von der ‚Schwesternarbeit‘. Bei einer psychosomatischen und patientenzentrierten Pflege ist die *Reflexion der eigenen Arbeit einschließlich des eigenen Verhaltens* gefordert. Es geht dabei nicht nur um ein Verständnis der Verhaltensweisen des Patienten, sondern auch um das Verstehen der eigenen Wahrnehmungen und gefühlsmäßigen Reaktionen sowie um deren Verarbeitung.

Die Ulmer Ärzte verstanden die medizinische und pflegerische Versorgung als Einheit. Sie zogen daraus den Schluss, dass ihre Bemühungen um eine patientenzentrierte Medizin nur dann auf fruchtbaren Boden fallen konnten, wenn auch die Pflegearbeit⁹⁹ patientenzentriert gestaltet wurde (s. auch Böck 1979: 517). Die im Vorfeld und während des Modellversuchs gemachten Erfahrungen führten zur Entwicklung eines spezifischen Weiterbildungskonzepts¹⁰⁰, das die vorhandenen Erkenntnisse, Schwierigkeiten und Widerstände des Personals thematisierte. Die aus der Balint-Gruppe bekannten Probleme des Pflegepersonals wiesen auf ‚Struktur- und Identitätsprobleme‘ hin. Deutlich wurde, dass die Deklaration der ‚psychischen Betreuung des Patienten‘ als Aufgabe des Pflegepersonals und Hinweise darauf in der Ausbildung nicht ausreichten. Für diese Aufgabe, die bisher ihren Platz in der ‚christlichen Tradition‘ der Heilspflege hatte und hier eine spezifische Prägung erhalten hatte, gab es in der säkularisierten Fassung der Heilspflege keine inhaltliche Grundlage mehr. Vielmehr galt es, das Konzept ‚psychische Betreuung‘ mit Inhalten sowie mit der Vermittlung und Einübung entsprechender ‚Sozialtechniken‘ zu verknüpfen (s. Köhle et al. 1980: 97). Den im Werkstattbericht beschriebenen Unterrichtsinhalten, den Materialien zum Erstgespräch sowie den anderen in verschiedenen Fachzeitschriften veröffentlichten Berichten ist nicht zu entnehmen, wie die als bedeutsam erachtete ‚psychische Betreuung‘ pflegeinhaltlich fundiert wurde und welche Schlussfolgerungen hieraus für die Vermittlung der erwähnten ‚Sozialtechniken‘ gezogen wurden¹⁰¹. Den Ergebnissen der Follow-up-Studie zufolge führten die verschiedenen Aktivitäten wie das Pflegeerstgespräch oder die Zimmerpflege oder die in der Weiterbildung und auf der Station gesammelten Erfahrungen weder zu einem veränderten Pflegeverständnis noch zu veränderten Selbstkonzeptionen der Pflegekräfte (s. Böck 1979: 520). Ende der 1970er Jahre war ungeachtet der zunehmenden Forderung der Berufsgruppe nach einer ‚patientenorientierten Pflege‘ in der breiten Masse der Pflegekräfte und in einer Vielzahl der Krankenhäuser die Bereitschaft, Veränderungen vorzunehmen, nicht vorhanden. Eine pflegeinhaltliche Füllung und Begründung einer ‚patientenzentrierten Pflege‘ wurde im Ulmer-Modell versäumt.

⁹⁹ Wichtige Bestandteile des Stationskonzepts waren: das Erstgespräch der Schwester und damit der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zum Patienten, d.h. eine Orientierung an den Pflegebedürfnissen und an den mit der Krankheit verbundenen emotionalen Problemen der Patienten, das Erstinterview des Arztes, die Morgenbesprechung von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeiterin, der die Supervision durchführende Psychosomatiker und möglichst der Krankengymnastin, die Visite, die Pflegevisite am Ende der Nachmittagsschicht, die Stationskonferenz, die Schichtübergabe, die Entlassungs- und Organisationsbesprechung, die Patientengruppe und das Patientencafé, die internistische Supervision und die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter auf Station (s. Köhle et al. 1973).

¹⁰⁰ An den dreijährigen Vorarbeiten waren u.a. Antje Grauhan und Karl Köhle beteiligt. Für die organisatorische Durchsetzung setzte sich Ilse Schulz, Zentraloberin der Universitätskliniken Ulm, maßgeblich ein (s. Zenz 1990: 329). Das Weiterbildungskonzept war von der Anlage her interdisziplinär ausgerichtet. Bei seiner Erarbeitung leistete die Pflege als eine Gruppe neben anderen Gruppen ihren Beitrag. Seitens der Vertreter der Pflege bestand die Idee, ‚patientenzentrierte Pflegeprinzipien‘ zu entwickeln. Die Beschreibung der theoretischen Inhalte des Weiterbildungskonzepts vermittelt den Eindruck, dass die Arbeitsweise des Pflegepersonals stark von den ärztlichen Vertretern, den Therapeuten und ihren Vorstellungen von einer psychosomatischen und patientenzentrierten Medizin geprägt waren. Für das von Antje Grauhan angebotene Thema ‚Krankenhaus und Pflegestrukturen‘ waren 48 Stunden vorgesehen, während für die Vermittlung des theoretischen Wissens in Entwicklungspsychologie, Psychiatrie, Sozialarbeit, in Psychologie und Soziologie, Neurosenlehre, allgemeine Psychosomatik und Spezielle Psychosomatik 248 Stunden zur Verfügung standen (s. Köhle et al. 1980: 118).

¹⁰¹ Im Literaturverzeichnis finden sich Hinweise auf das Pflegemodell von Abdellah et al. Es wird nicht klar, ob oder inwieweit es zugrunde gelegt wurde und in welcher Form. Hier scheint eine gewisse Schwäche des Projektes durch. Es kann aber auch sein, wie im Werkstattbericht angedeutet, dass die Vertreter der Pflege sich mit ihren Vorstellungen gegenüber den anderen Berufsgruppen nicht durchsetzen konnten (s. Köhle et al. 1980: 99ff).

Innerhalb der religiös geprägten Heilspflege wurden neue Impulse Ende der 1970er Jahre von Hilde-Dore Abermeth¹⁰² (1978: 9) mit ihrem Arbeitsbuch zur ‚Patientenzentrierten Krankenpflege‘ gegeben. Sie begründet das von ihr entwickelte Unterrichtsfach ‚Patientenzentrierte Pflege‘ folgendermaßen:

1. „Der Patient im Krankenhaus soll als individuelle Persönlichkeit wieder mehr in den Mittelpunkt der Krankenpflege gerückt werden.
2. Die Pflegenden sollen bewusster lernen, in ihm den kranken Menschen und nicht nur erkrankte Organe zu sehen.
3. Eine wesentliche Möglichkeit, dieses bewusster zu lernen, liegt in der Vermittlung anthropologischer Unterrichtsinhalte. Diese wird erfahrungsgemäß nicht optimal genutzt. Zwar erwerben die Krankenpflegeschüler /-innen gute allgemeine Kenntnisse in medizinischer Psychologie, Soziologie, Glaubenskunde u.ä., es fällt ihnen jedoch schwer, diese für den Umgang mit Kranken und Mitarbeitern nutzbar zu machen“ (Abermeth 1978: 13).

Der von Abermeth postulierte Begriff einer ‚patientenzentrierten Pflege‘ teilt sich nicht unmittelbar mit, da er weder näher erläutert noch begründet wird (s. auch Wittneben 1991: 176ff). Offenbar handelt es sich um eine *Einstellung* und um *Verhaltensweisen* (Hervorhebung MMK), die, um wirksam zu werden, einen umfassenden Lernprozess voraussetzen. Abermeth (1978) gibt Anregungen und Hinweise zur Gestaltung von fünf Unterrichtseinheiten, von denen besonders die dritte Unterrichtseinheit, in der das Verhältnis der Krankenschwester zu ihrem Beruf, zum Patienten, zu sich selbst und zu ihren MitarbeiterInnen im Mittelpunkt steht, hervorzuheben ist. Sie fordert zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Beruf und den Vorstellungen dazu auf und verbindet die aktive Aneignung der ‚Berufsrolle‘ mit einem Lernprozess. Karin Wittneben (1991: 180ff) charakterisiert Abermeths Pflegebegriff als im Wesentlichen in der Dimension einer erlebnisbezogenen Patientenorientierung liegend, die, vor dem religiösen Hintergrund Abermeths, insbesondere Sterbende und Trauernde berücksichtigt. In weitaus schwächerer Ausprägung kommt eine verhaltens- und bedürfnisbezogene Patientenorientierung zum Vorschein. Allen drei Orientierungen ist eine Betrachtung des Kranken als zu schützendes, zu behütendes, zu liebendes Objekt im Sinne eines imaginären Objekts gemeinsam (s. Wittneben 1991: 189). Sie bewertet den bei Abermeth gefundenen Pflegebegriff im Lichte einer antizipierten multidimensionalen Patientenorientierung als ein eher eindimensionales Konzept der Patientenorientierung (s. Wittneben 1991: 190).

Die Idee der Patientenorientierung wird 1980 erneut in einem Modellprojekt aufgegriffen¹⁰³. Das vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) geförderte Projekt „*Von der krankheitsorientierten zur patientenorientierten Krankenpflege*“ wurde im Gegensatz zum Ulmer-Modell von Pflegenden selbst initiiert und geleitet¹⁰⁴ (s. Taubert 1992: 15). Der Forschungsbericht (abgekürzt FB) versteht unter einer patientenorientierten Pflege eine,

„bei der nicht die Krankheit im Vordergrund steht, sondern die Person des Kranken ganzheitlich gesehen (wird), d.h. Körper, Geist, Seele und soziales Umfeld werden in die Sichtweise mit einbezogen. Eine Vorbedingung zur patientenorientierten Pflege ist eine personalorientierte Einstellung des Krankenhausträgers und eine Vorbereitung des Krankenpflegepersonals durch Aus- und Fortbildung“ (FB 1985: 4).

Die Bedingungen für die Umsetzung einer solchen Pflege werden im FB thesenhaft zusammengefasst. Der Lehrgang wurde in der Zeit von 1.10.1980 bis 30.9.1983 durchgeführt und im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitfor-

¹⁰² Ein im Bereich der Heils- wie Heilpflege anzuesiedelndes und in der Pflegeausbildung weit verbreitetes Buch ist das von Liliane Juchli herausgegebene Buch „Allgemeine und Spezielle Krankenpflege, dass in mehreren Auflagen erschienen ist und dessen Rezeptions- und Wirkungsgeschichte noch untersucht werden muss.

¹⁰³ So wurde Kontakt zu dem Mitarbeiterteam des Ulmer Projekts aufgenommen. Die Zentraloberin des Ulmer Klinikums gründete während des Modellversuchs in Kaiserswerth einen Arbeitskreis, der dem Austausch über die ‚professionelle Krankenpflege‘ und der Beschreibung des Begriffs ‚patientenorientierte Pflege‘ dienen sollte. Die Mitglieder des Arbeitskreises setzten sich aus Vertreterinnen unterschiedlicher Institutionen, meist Weiterbildungsstätten zusammen.

¹⁰⁴ Initiiert wurde das Projekt von der Verbandsschwesternschaft des Diakoniewerks Kaiserswerth. Auch wenn das Projekt im konfessionellen Raum entwickelt und durchgeführt wurde, ging es den Durchführenden nach Taubert (1992:16) nicht um eine ‚christliche Fortbildung‘. Vielmehr ging es darum, Verbesserungen für die Pflege insgesamt zu entwickeln und zu erproben.

schung¹⁰⁵ evaluiert (s. Holler/Schöberle 1983). Ein zentrales Thema des Fortbildungskonzepts war die berufliche Identität (FB: 21). Der Bericht belegt die Notwendigkeit der Unterstützung des Pflegepersonals während des Veränderungsprozesses durch die Krankenhausleitung (insbesondere die Ärztliche Leitung und die Pflegedienstleitung, FB: 33f). Bei der theoretischen Fundierung einer patientenorientierten Pflege finden sich im Forschungsbericht (s. FB: 78f) Hinweise auf die Notwendigkeit der Vermittlung von ‚Krankenpflegetheorien‘¹⁰⁶. Beim Vergleich mit dem Ulmer Modell fällt insgesamt eine andere Gewichtung pflegerischer Themen auf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich hier um ein Fortbildungskonzept handelte, dessen Zielgruppe Pflegekräfte waren, und darauf, dass die Pflege den Kern der Fortbildung bildete. Im Mittelpunkt stand die Reflexion des Pflegeverständnisses der KursteilnehmerInnen und ihrer Pflegearbeit mit den Ziel, sie für eine patientenorientierte Pflege zu sensibilisieren und sie zu befähigen, eine Beziehung zum Patienten aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Die inhaltliche Begründung und Fundierung des Pflegebegriffs bleibt im Forschungsbericht vage¹⁰⁷.

Neben der Diskussion über Pflegesysteme gewinnen in den 1980er Jahren die Themen Pflegeplanung und Pflegeprozess an Bedeutung. Ende der 1980er Jahre und in den 1990er Jahren werden diese Themen in weiteren Modellprojekten mit unterschiedlichen Schwerpunkten aufgegriffen (s. Kap. 2) und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Parallel dazu gerät das Konzept der ‚patientenorientierten Pflege‘ in die Kritik (s. bspw. Bischoff 1989, Bienstein 1989). Karin Wittneben (1991: 259) gelangt in ihrer Dissertation zu dem Ergebnis, dass das Konzept der Patientenorientierung Ende der 1980er Jahre eher vage und das Wissenssystem des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs noch stark der Ebene des technisch-prozeduralen Wissens verhaftet ist. Das pflegerische Wissenssystem und die Pflegepraxis zeichneten sich in den 1970er, 1980er Jahren durch einen *engen Pflegebegriff* aus, der „zudem von naturwissenschaftlich-medizinischen Denkformen geprägt, pflegetheoretisch imaginiert, pflegedidaktisch mediatisiert wird. Um Pflegequalität sichern zu können, bedarf dieser Begriff einer Erweiterung“. Dies bestätigt auch Johanna Taubert, die ihre im Kaiserswerther Projekt gemachten Erfahrungen Anfang der 1990er Jahre in ihrer Dissertation ‚Krankenpflege auf dem Weg zwischen Diakonie und Patientenorientierung‘ reflektiert. Sie versteht unter Patientenorientierung (Taubert (1992: 13), dass der Person des Kranken unter den verschiedenen Aspekten, die bei der Pflege des Kranken zu berücksichtigen sind, ein größeres Gewicht zukommt als in der ‚krankheitsorientierten Pflege‘. Sie begreift die patientenorientierte Pflege (s. Taubert 1992: 17) als Ausdruck einer veränderten beruflichen Identität. Es gehe hierbei um die ‚*Qualität der Interaktion*‘, da diese sich direkt auf die pflegerische Versorgung auswirke. Je mehr sich Pflegende mit ihrer Arbeit identifizieren könnten und je mehr Wert sie der Pflege beimessen, desto besser werde die pflegerische Versorgung. Voraussetzung sei, dass die Bedingungen des Krankenhauses dies zulassen (Taubert 1992: 24). Dieses konnte in den 1970er und 1980er Jahren in der Pflege nicht vorausgesetzt werden. Das Konzept der ‚Patientenorientierung‘ bleibt auch in den Folgejahren ein Dauerthema¹⁰⁸. Es wird in unterschiedlicher Weise aufgegriffen. So wird die Realisierung einer solchen Pflege über eine entsprechende Organisation der Pflegearbeit seit den 1990er Jahren erneut verstärkt angestrebt (s. Bleses 1997, Bleses et al. 1998, Büssing 1997, Büssing/Glaser 1996,2003, Stratmeyer 2002).

¹⁰⁵ Für das Modellvorhaben konnten neben den Florence Nightingale-Krankenanstalten Kaiserswerth drei weitere Krankenhäuser gewonnen werden: das westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh, das Evangelische Krankenhaus Bethesda in Duisburg sowie die Städtischen Kliniken Duisburg. Insgesamt nahmen an den sechs durchgeführten Fortbildungskursen 30 Krankenschwestern und acht Krankenpfleger teil (s. FB: 39).

¹⁰⁶ In der Literaturliste findet sich kein Hinweis auf pflegetheoretische Arbeiten. Im Zusammenhang mit der Übertragbarkeit des Fortbildungskonzepts findet sich bei der Überlegung zur inhaltlichen Gestaltung der Krankenpflegeausbildung ein Hinweis auf die ‚Grundregeln der Krankenpflege‘ nach Virginia Henderson (s. FB: 143).

¹⁰⁷ Insgesamt wurde der Modellversuch seitens der Berichterstatterinnen, der Pflegedienstleitungen der teilnehmenden Häuser und der wissenschaftlichen Begleitforschung positiv bewertet.

¹⁰⁸ Helma Bleses 2005 greift das Thema ‚Patientenorientierung‘ in ihrer Dissertation auf. Der Begriff bleibt pflegetheoretisch bei ihr weiterhin recht vage.

Mit der in den 1990er Jahren einsetzenden Akademisierung von Teilbereichen der Pflege erfolgt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Pflege durch wissenschaftlich qualifizierte Pflegekräfte. Auf der konzeptionellen Ebene kommt es nun zu **ersten deutlichen Absetzbewegungen** von bis dahin vorherrschenden Vorstellungen von Pflege im Kontext der **Heils-** und **Heilpflege**. Mit vierzigjähriger Verspätung erfolgt nun eine verstärkte Auseinandersetzung mit den von der Pflegewissenschaft entwickelten Vorstellungen von Pflege. In ihrer Dissertation entwickelt Karin Wittneben (1991) ein heuristisches Modell der multidimensionalen Patientenorientierung, das sie zwischen den Polen ‚Patientenignorierung‘ und ‚Patientenorientierung‘ aufspannt und mit dem sie das in unterrichtsbezogenen Texten zur Pflege enthaltende Pflegeverständnis von drei verschiedenen Weiterbildungsstätten für PflegelehrerInnen untersuchte (s. Wittneben 2009: 105ff). Sie kommt zu dem Ergebnis, dass das in diesen Texten aufgefundene Pflegeverständnis noch stark in medizinisch-naturwissenschaftlichen Denk- und Handlungsmustern verhaftet ist, sich andererseits in ihnen aber auch ein breites Spektrum alltagstheoretischer Vorstellungen von Pflege findet (Wittneben 1991: 253ff). Sie zeigt auf, wie das inhaltlich begründete Modell der multidimensionalen Patientenorientierung als Ausbildungsinhalt den im KrPflG von 1985 formulierten Ausbildungszielen zugeordnet werden kann. Weiter demonstriert sie exemplarisch an den Begriffen einer erlebnisbezogenen, existenzbezogenen und begegnungs- und berührungsbezogenen Patientenorientierung, wie diese zum Inhalt und Ausbildungsgegenstand gemacht werden können. Sie verknüpft diese Gedanken in einem weiteren Schritt mit Vorstellungen von Krankenpflege als Bildungsfach. Mit ihrem Modell hat Wittneben wichtige Impulse und Anregungen für die Pflegeausbildung und die Entwicklung von Pflegedidaktiken geliefert.

Mit dem Aufkommen von Pflegestudiengängen kommt es zu einer erneuten Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Ansätzen. Mit dem Inkrafttreten des KrPflG von 2003 am 01.01.2004 wird auf der Bildungsebene eine wichtige Voraussetzung für eine pflegewissenschaftlich und pflegetheoretisch fundierte Ausbildung geschaffen (s. auch Kap. 4). Ein Schwerpunkt der seitdem initiierten Modellprojekte liegt auf der inhaltlichen und pflegewissenschaftlich begründeten Neugestaltung der drei Teilbereiche des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs (s. WIAD/dip 2008, Görres/Stöver et al. 2009). Die Aktivitäten im Bereich der Curriculumentwicklung und der Pflegedidaktik sind ein weiterer Beleg, dass auf der konzeptionellen Ebene erhebliche Veränderungen stattgefunden haben. Neben der von Karin Wittneben vorgelegten kritisch-konstruktiven Lernfelddidaktik haben in den letzten Jahren Pflegewissenschaftlerinnen diverse Pflegedidaktiken vorgelegt. Zu nennen sind hier die interaktionistische Pflegedidaktik von Ingrid Darmann-Finck, die subjektorientierte Pflegedidaktik von Roswitha Ertl-Schmuck, der Strukturgit-teransatz von Ulrike Greb oder das kompetenztheoretische Modell der Didaktik von Christa Olbrich (s. Olbrich 2009, Ertl-Schmuck/Fichtmüller 2010). Im Rahmen dieser Entwicklungen spielt der **Kompetenzbegriff**¹⁰⁹ eine wichtige Rolle. Dieser Begriff kann wie das Konzept der **Verlaufskurve** als ein **Grenzobjekt** betrachtet werden, das in verschiedenen sozialen Welten beheimatet ist.

Das in der Berufsausbildung bzw. im Studium angeeignete Wissen und die entsprechenden Kompetenzen bilden die Grundlage für die von den Pflegeführungskräften zu gestaltenden Entwicklungsprozesse bei der Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven der Pflegekräfte und der Herausbildung einer professionellen Expertise. Deshalb wird an den Kompetenzbegriff angeknüpft, der in der heutigen Bildungsdiskussion auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene verwendet wird. Auf die Details dieser Diskussionen, auf die vielfältigen Bedeutungen und

¹⁰⁹ Nach Rauner (2006) hat der pädagogische Kompetenzbegriff eine Verwandtschaft zum Begriff der Bildung. Er nennt drei Bezugspunkte für die Begründung der beruflichen Kompetenz: den Bildungsauftrag, wie er von der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestags 1990 in ihren Bericht „Bildung 2000“ formuliert worden ist, das im Berufsbildungsgesetz verankerte Konzept der Berufsfähigkeiten (Kompetenzen) sowie als dritten Bezugspunkt Entwicklungstheorien, die das Lernen Erwachsener erklären.

Verwendungen des Kompetenzbegriffs¹¹⁰ und an dessen Kritik soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden (s. Weidner 1995, Eraut 1998, Rauner 2006, 2007, Scott 2008, Bobay et al. 2009, Evers 2009, Olbrich 1999, 2009). Auf europäischer Ebene sind Begriffe wie Lernergebnis, Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenz im Zusammenhang mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) und der Idee des lebenslangen Lernens von Bedeutung¹¹¹ (s. hierzu Ingwersen 2009). In allen für die Pflege relevanten Stufen (4-8) spielen Theorien neben Faktenwissen eine Rolle. Ab Stufe sechs wird eine kritische Auseinandersetzung mit Theorien unterstellt. Der EQR wiederum ist der Bezugsrahmen für den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) und für entsprechende sektorale Qualifikationsrahmen¹¹². Der hier verwendete Kompetenzbegriff geht über ein enges Verständnis von Kompetenz hinaus, indem er implizit auf das gesamte professionelle wie persönliche Leistungsvermögen eines Menschen verweist.

Nach den Ergebnissen neuerer Studien zur Pflege im Krankenhaus (s. z.B. Balzer/Kühme 2009) kann keineswegs davon ausgegangen werden, dass die Neuerungen in der Pflegeausbildung automatisch zu einer erweiterten Sichtweise bzw. inhaltlichen Veränderung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs auf der untermittelbaren Arbeitsebene im Krankenhaus geführt haben. Dass hier ein noch erheblicher Entwicklungsbedarf besteht, zeigt exemplarisch die Studie von Christine Dörge (2009: 329) mit Pflegeakademikerinnen (6) und nicht akademisch-ausgebildeten Pflegekräften (7), die im ambulanten und stationären Bereich arbeiten. Anhand ihrer Interviewdaten (13 Interviews) arbeitet sie zwei ‚Handlungscharaktere‘ heraus. Diese umfassen als dichotome Pole auf dem möglichen Kontinuum idealtypisch das von Pflegekräften in ihrem Berufsalltag wahrgenommene Handlungsspektrum. Den ersten Pol bezeichnet sie als ‚Handeln als Verrichtung‘, den zweiten als ‚Handeln nahe der Professionalität‘. Ein Großteil der befragten Pflegekräfte (sechs von sieben ohne akademische Ausbildung und die Hälfte der akademisch qualifizierten Pflegekräfte (3) sind dem ersten Pol zuzuordnen. Dieses charakterisiert sie als technokratisch und verrichtungsorientiert, wobei der zu pflegende Mensch eher zum Handlungsobjekt wird. Weiter lässt sich eine gewisse Affinität zur vorberuflichen Laienpflege feststellen, insofern mehrheitlich eine unreflektierte Befolgung und Abarbeitung starrer Handlungsschemata bzw. ein pflegerisches Handeln auf der Grundlage tradierten und/oder intuitiven, „aus dem Bauch heraus“ kommenden Wissens erfolgt (s. Dörge 2009b: 329). Bei diesem Handlungscharakter zeigen die Pflegenden Defizite im professionellen Handeln in Bezug auf eine flexible und angemessene Nutzung fundierter theoretischer Kenntnisse wie auch im Fehlen hermeneutischer Kompetenzen. Die Pflegenden sind im Sinne der Aufrechterhaltung ihrer Handlungsfähigkeit auf Standardisierung angewiesen (s. Dörge 2009b: 331). Bei einem Handeln der Pflegenden (drei akademisch qualifizierte und eine nicht-akademisch qualifizierte), das Dörge (2009b: 331f) dem Handlungscharakter ‚nahe der Professionalität‘ zuordnet, „vollzieht sich Pflege dagegen im Rahmen aktiver Beziehungsgestaltung und symmetrischer Aushandlungsprozesse zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem. Pflegehandeln wird von ihnen fallgerecht auf der Grundlage theoretisch fundierter Kenntnisse gestaltet. Durch den reflektierten Transfer ihres Regelwissens auf den Einzelfall, sind sie in der Lage, situativ und unter Berücksichtigung der Besonderheit der Situation, flexibel Handlungsalternativen zu entwickeln, die dem Pflegebedürftigen einen bestmöglichen Beitrag zur Problemlösung bzw. Krisenbewältigung leisten“. Sie kommt zu dem Schluss, dass eine professionell verstandene Pflegepraxis zurzeit eher die Ausnahme darstellt. Da aber eine Entwicklung in diese Richtung in beschränk-

¹¹⁰ So diskutieren Görres et al. (2010) den Kompetenzbegriff aus einer Managementperspektive, d.h. aus der Perspektive von ‚Kernkompetenzen‘. Dieses Konzept stellt eine Weiterentwicklung des Ressourcenansatzes dar und spielt bei der Beurteilung der Wettbewerbsfähigkeit, d.h. der Wettbewerbsvorteile eines Krankenhauses, also bei strategischen Entscheidungen eine wichtige Rolle.

¹¹¹ Wird der EQR herangezogen, dann erreicht die Mehrheit der in Deutschland ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen das Niveau 5, wohingegen auf europäischer Ebene mit dem Abschluss des Bachelors das Niveau 6 erreicht wird. Der Deutsche Bildungsrat (DBR) hat in seinem Bildungskonzept hingegen die 3jährige Ausbildung in den generalistisch ausgelegten Pflegeberufen in die Stufen vier und fünf verortet (s. Olbrich 2009: 70).

¹¹² Im November 2010 wurde von der Arbeitsgruppe DQR ein Entwurf für einen DQR für lebenslanges Lernen verabschiedet, in dem zwei Kompetenzkategorien, die ‚Fachkompetenz‘ und die ‚Personale Kompetenz‘ unterschieden werden.

tem Umfang existiert und auch praktiziert werden kann, stellt sich die Frage, warum einige Pflegekräfte die hierfür erforderlichen Kompetenzen besitzen, andere aber nicht¹¹³. Ein Hemmnis in diesem Zusammenhang ist offenbar die fehlende formell zugestandene Autonomie des Handelns (s. Dörge 2009b: 331).

In den nächsten beiden Abschnitten werden einige in Kapitel 3 erwähnte Studien zur *professionellen Identität* bzw. zum *professionellen Selbstkonzept* von Pflegekräften auf die Rolle hin befragt, die den pflegetheoretischen Ansätze als einem gewichtigen Teil des pflegerischen Wissens zukommt. Die Kenntnis dieser Zusammenhänge liefert wichtige Hinweise auf die zu leistende Arbeit der Pflegeführungskräfte bei der inhaltlichen Ausgestaltung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und an den professionellen Pflegeverlaufskurven ihrer Mitarbeiterinnen.

9.3.2 PROFESSIONELLE UND ORGANISATIONALE SOZIALISATION: ZUR ARBEIT AN DER PROFESSIONELLEN PFLEGEVERLAUFSKURVE

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass die Sicht auf die Pflegearbeit für die inhaltliche Ausgestaltung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs und für die professionelle Sozialisation eine entscheidende Rolle spielt. Die in Kap. 8 formulierte pragmatistische Theorie des Pflegehandelns erfordert eine radikale *Hinwendung zum Patienten und dessen Kompetenzen zur auf sich selbst wie auf andere Menschen bezogenen Pflege*. In diesem Abschnitt wird die in Kap. 8 ausgearbeitete Idee der Pflegeverlaufskurve auf die professionelle Pflegekraft bezogen. Die Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve beginnt mit der Ausbildung/dem Studium und endet mit dem Ausscheiden aus dem Beruf, idealerweise mit der Pensionierung. In den letzten Jahren ist in Deutschland über die Modellversuche in Bezug auf die Initiierung der professionellen Pflegeverlaufskurve eine Situation geschaffen worden, in der Berufsausbildung und Hochschulausbildung nebeneinander existieren. Nach wie vor ist aber die Berufsausbildung die überwiegende Ausbildungsform¹¹⁴. Der Unterschied zwischen einer Berufsausbildung und einer Hochschulbildung wird klassischerweise darin gesehen, dass eine Berufsausbildung direkt auf die Berufspraxis vorbereitet¹¹⁵, wohingegen eine Hochschulbildung zur Ausübung der jeweiligen Profession¹¹⁶ befähigt (s. Bollinger 2005: 18f, s. Kap. 4). Diese Unterscheidung muss im Kontext europäischer Bildungsinitiativen, die Einfluss auf die nationale Bildungspolitik (s. für die Pflege Ingwersen 2009) nehmen, als veraltet betrachtet werden. Unabhängig davon, auf welchem Niveau die Erstausbildung stattfindet, ist davon auszugehen, dass zukünftig der Bereitschaft einer Pflegekraft zum ‚lebenslangen Lernen‘ eine zentrale Rolle zukommt. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die aktiv ‚selbstgesteuerte‘ Gestaltung der professionellen Pflegeverlaufskurve. Der Umstand, dass sich die professionelle und organisationale Sozialisation (s. Anthony 2006) wechselseitig bedingen, erfordert ein Arbeitsumfeld, das Strukturen für die professionelle Arbeit vorhält und das Professionalismus als Wert im Sinne des lebenslangen Lernens auf breiter Ebene ausdrücklich fördert und stützt (s. Manley et al 2009, Williams 2010). Es geht mithin um die zielgerichtete Förderung einer beruflichen Karriere. Mary Anthony (2006: 69) setzt den Karrierebegriff in Beziehung zum Begriff einer professionellen Pflegeverlaufskurve. Ausgehend von der Prämisse, dass die Pflege als Profession zu verstehen

¹¹³ Nach den Daten scheint das System der Bezugspflege (Dörge 2009b: 331) das professionelle Handeln möglicherweise zu erleichtern. Sie zeigen aber auch, dass eine pflegewissenschaftliche Weiterqualifizierung noch keine hinreichende Garantie für die Professionalität der Pflegenden bedeutet.

¹¹⁴ Der Deutsche Pflegerat e.V. (www.dpr-de.de, archiv) hat in seiner Stellungnahme im Mai 2009 die Parteien des Deutschen Bundestages und die Landtage zu einer grundlegenden Reform des Alten- und Krankenpflegegesetzes und zu umfassenden Investitionen in die Pflegebildung aufgrund des wachsenden Bedarfs an pflegerischer Unterstützung bei gleichzeitig sinkenden Zahlen von Schulabgängern aufgefordert.

¹¹⁵ Mit Abschluss der Berufsausbildung verfügt die ausgebildete Person über die Fähigkeit einer Fachkraft (s. Rauner 2006: 6), wohingegen ein Arzt über diese erst nach Abschluss der Assistentenzeit verfügt.

¹¹⁶ Letzteres bedeutet, „dass die Sozialisation in die besonderen Bedingungen dieser beruflichen Praxis dann beim Übertritt in das Beschäftigungssystem erfolgen muss“ (Bollinger 2005: 19). Die Bedeutung dieses Aspekts kann – wie gezeigt wird –, in seiner praktischen Konsequenz leicht unterschätzt werden.

ist, begreift sie ‚Karriere‘ als einen praktischen eigengelenkten lebenslänglichen Plan für persönliches und professionelles Wachstum. Die Umsetzung eines solchen Plans setzt seitens der jeweiligen Person Investitionen und ein Engagement für den gewählten Beruf bzw. die Profession voraus. Die Zusammenschau von persönlicher und professioneller Entwicklung ist wichtig, da Änderungen in einem oder beiden Bereichen die Balance zwischen Arbeit, Selbst und Familienerfordernissen sowie Rollen verändern und folglich Auswirkungen auf die professionelle Arbeit, auf Karriereerfordernisse und Entscheidungen haben können¹¹⁷. Mit anderen Worten: die Gestaltung und Steuerung der eigenen professionellen Pflegeverlaufskurve wird immer wieder von vielfältigen Faktoren, Prozessen und anderen Verlaufskurven beeinflusst. Die Entscheidung für die Pflege und für eine professionelle Karriere ist zuallererst eine persönliche Wahl. Die Karriere und ihren Verlauf kann eine Pflegekraft durch ihre Arbeit an ihrer eigenen professionellen Pflegeverlaufskurve aktiv gestalten. Sie kann sie aber auch einfach laufen lassen. Der erste Fall könnte bei einem positiven Verlauf in Anlehnung an Schütze (1981) die Form einer ‚*Steigkurve*‘ annehmen. Der zweite Fall kann, muss aber nicht in eine ‚*Fallkurve*‘ münden. Im Weiteren werden wichtige Etappen einer professionellen Pflegeverlaufskurve rekonstruiert.

9.3.2.1 ZUR INITIIERUNG DER PROFESSIONELLEN PFLEGEVERLAUFSKURVE: AUSBILDUNG/STUDIUM

Mit dem Beginn der Ausbildung bzw. des Studiums initiieren und generieren die Auszubildenden/Studierenden ihre persönliche professionelle Pflegeverlaufskurve. Im Mittelpunkt der professionellen Pflegeverlaufskurve stehen alle auf die Auszubildenden/Studierenden ausgerichteten Handlungen einschließlich der Handlungen der einzelnen Auszubildenden/Studierenden selbst. Alle Akteure sind während der Ausbildung/des Studiums an der Formung der professionellen Pflegeverlaufskurve beteiligt, d.h. an der Vermittlung und Professionalisierung der für die Pflege anderer Menschen erforderlichen Kompetenzen. Hierbei ist wichtig, dass die Sozialisation und Qualifizierung in zwei verschiedenen sozialen Welten erfolgt: in der Welt der Krankenpflegeschule/Hochschule mit ihren spezifischen Regeln und in der Welt der Krankenhäuser, der klinischen Praxis. Die in den beiden Welten geltenden Regeln und Ordnungen sind nicht identisch. Die Auszubildenden/Studierenden müssen lernen, sich in beiden Welten zu bewegen und die an sie gestellten Anforderungen zu bewältigen. Einige der in Kap. 3 erwähnten Studien zum professionellen Selbst, Selbstkonzept bzw. zur professionellen Identität beschäftigen sich mit der Zeit der Ausbildung bzw. des Studiums (s. z.B. Fagermoen 1997, Dahlborg/Pilhammar 2008, Day et al. 2005, Spouse 2000, 2003, Kelley 1998, Secrest et al. 2003), andere mit der Statuspassage von der Ausbildung/vom Studium in die Profession, und in wiederum anderen steht die Herausbildung einer professionellen Identität in den ersten Berufsjahren) im Mittelpunkt (s. Duchscher 2008, 2009, Björkström et al. 2008, Crawford et al. 2008, Fletcher 2007, MacIntosh 2003, Gregg/Magilvy 2001). Dass die professionelle Identität und ein damit korrespondierendes Selbstkonzept einer kontinuierlichen Entwicklung ausgesetzt sind, belegen mehrere Studien aus unterschiedlichen Ländern. Ein erster wichtiger Entwicklungsschritt wird mit der Aufnahme der Ausbildung bzw. des Studiums getan. Er markiert eine wichtige Statuspassage und den Beginn der professionellen Sozialisation. Damit setzt zugleich eine Ausdifferenzierung der bisher im familialen Bereich entwickelten Kompetenz zu Pflege anderer Menschen ein. Jetzt muss diese Fähigkeit auf ‚fremde‘ Menschen bezogen werden. Hierbei geht es zum einen darum, bei den zu pflegenden Menschen die Kompetenz, sich selbst und andere zu pflegen anzuerkennen, zum anderen um die Identifikation des Handlungsbedarfs unter Berücksichtigung der Auswirkungen, die die Krankheit auf die Kompetenz des zu pflegenden Menschen, sich selbst oder andere Menschen zu pflegen, hat. Im Kern geht es bei diesem Differenzierungsprozess um die ‚Professionalisierung‘ der Pflege anderer Menschen und um die Ausbildung eines professionellen Habitus. Hierbei kommt der Ausbildung eines Bewusstseins für die Fähigkeit zur auf sich selbst bezogenen Pflege und eines Bewusstseins in Bezug auf das eigene Selbst und die diversen Aspekte des Selbstkonzepts eine wichtige Rolle zu. Eine essentielle Voraussetzung in diesem Zusammenhang ist die *Professionalisierung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme* und *zum intelligenten*

¹¹⁷ Eine wichtige Rolle kommt hier dem Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu.

ten Mitfühlen. Der professionelle Habitus besteht darin, die professionell weiter ausgebildete Fähigkeit zur Pflege anderer Menschen nun auf sehr verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und in unterschiedlichen Situationen zu beziehen. Was die Fähigkeit zur selbstbezogenen Pflege betrifft, geht es hier vor allem um die *kritische Reflexion selbstbezogener Pflegehandlungsweisen* und *ausgebildeter Beziehungsmuster*, wie sie bei der eigenen Pflege durch andere erfahren wurden (s. Kap. 8). Auch wenn die nachfolgenden Untersuchungen keinen direkten Hinweis auf eine professionelle Pflegeverlaufskurve geben, lassen sich aus ihnen aufgrund des Umstands, dass Pflege und Selbst eng aufeinander bezogen sind, dennoch gewisse Erkenntnisse ableiten.

Mary Bradby¹¹⁸ (1990a, b) hat in ihrer Untersuchung Anfang der 1980er Jahre aufgezeigt, dass bei der ‚Statuspassage‘ vom Laien zum Auszubildenden/Studierenden erhebliche Arbeit am Selbst und an einer neuen, d.h. einer professionellen Identität zu leisten ist. Sie untersuchte vier Kohorten weiblicher Auszubildender der allgemeinen Krankenpflege zweier britischer Krankenpflegeschulen. Neben der Hauptstatuspassage identifizierte sie vier Unterpassagen, die sich durch unterschiedliche Erfahrungen während der Ausbildung auszeichneten. Von besonderer Bedeutung ist die Passage der (Ab-)Trennung und persönlichen Identität. Bei dieser Passage versucht die Organisation, repräsentiert durch eine Station, die betroffene Person an die Erfordernisse der Institution anzupassen. Hierbei wird der betroffenen Person ihre bisherige personale Identität quasi abgestreift. Die untersuchten Studierenden (Bradby 1990a: 1223) versuchten, ihre verlustig gegangene personale Identität durch das Gefühl der Zugehörigkeit zum Team neu zu etablieren, ein auch in neueren Untersuchungen beobachtetes Phänomen. Im Rahmen einer naturalistisch angelegten Langzeitstudie untersuchte Jenny Spouse (2003) den Entwicklungsprozess von acht Studierenden¹¹⁹ während ihres vierjährigen Studiums. Sie ging u.a. der Frage nach, welche Images/Bilder von Pflege die Studierenden vor der Aufnahme des Studiums hatten und welchen Einfluss diese auf ihre Entwicklung zu einer professionellen Pflegekraft hatten. Sie ging davon aus, dass sich Images über die Zeit schrittweise entwickeln, dass diese immer wieder modifiziert und umgestaltet werden und auf zwei Ebenen im Gedächtnis abgespeichert werden, auf der Oberfläche oder räumlichen Ebene und im Langzeitgedächtnis. Auf letzteres wird zugegriffen, um Images auf der ersten Ebene zu formen oder umzubilden (s. Spouse 2000: 731, s. auch Kap. 8). Von den TeilnehmerInnen beschrieben sieben Studierende Images, die offenbar unbewusst ihre Handlungen als Pflegekräfte als integrale Bestandteile ihrer Persönlichkeit auffassten. Das damit verbundene Wissen unterschied sich nach Spouse (2000: 734) vom praktischen Know-how der technischen Aufgaben und bezog sich mehr auf ihre Beziehungen zu den Patienten und auf ihre Rolle. Sie beschreibt vier Themen, in denen die Images zum Tragen kommen:

- sich auf den Patienten beziehen – die Realität bewältigen
- Verständnis der Pflegerolle
- Pflege als Routinearbeit oder als personenbezogene Pflege
- das öffentliche und das persönliche Image von Pflegekräften.

Die Wirkungsweise der Images zeigt sich in unterschiedlichen Situationen. So kann etwa der Kampf zwischen persönlichen Images und der Arbeitslast zu einem ausschlaggebenden Faktor werden, den Beruf zu verlassen. Hingegen kann ein unzureichendes erfahrungsbezogenes oder affektives Wissen darüber, wie eine Beziehung zum Patienten

¹¹⁸ Diese Untersuchung fand vor dem ‚Project 2000‘ statt, mit dem in Großbritannien die Verlagerung der Ausbildung in den Hochschulbereich eingeleitet wurde (s. Spouse 2003: 5).

¹¹⁹ Ihre Untersuchung fand nach der Verlagerung der Pflegeausbildung in den Hochschulbereich statt. Ihr ursprüngliches Sample bestand aus 10 Studenten. Diese Studenten nahmen an einem Studienprogramm teil, das zu einem der innovativen Studiengänge zählte, u.a. auch deshalb, weil das Curriculum auf den Arbeiten Donald Schöns zur ‚Reflective Practice‘ gründete. Weiter wurden sie während der klinischen Ausbildung nicht auf den Stellenplan des jeweiligen Einsatzbereiches angerechnet. Sie arbeiteten entsprechend ihren Lernerfordernissen und Fähigkeiten mit erfahrenen Pflegekräften oder unter deren ‚distanzierter Supervision‘ (s. Spouse 2003: 14f).

gestaltet werden sollte, die Fähigkeit, ein entsprechendes Image zu bilden, erschweren. Dies war bei einer Studentin der Fall, die ihre Images von Pflege primär aus den Medien bezogen hatte.

Der Einfluss von Images auf die Entscheidung der Studierenden, die Pflege als Profession zu ergreifen, wurde ebenso deutlich wie die Bedeutung, die ihre Images für eine ‚gute Praxis‘ hatten, d.h. dafür, wie sie arbeiten wollten und wie sich ihre Haltungen in ihren Beziehungen zu den Patienten widerspiegeln. Die Images der Studierenden wurden durch ihre klinischen Erfahrungen je nach Qualität und Art der **erhaltenen Unterstützung** und aufgrund anderer die professionelle Entwicklung beeinflussender Faktoren modifiziert oder bestärkt. Studierende sollten ermutigt werden, über ihr Idealimage einer Pflegepraxis zu sprechen und darüber nachzudenken, wie dieses für die professionelle Arbeit genutzt werden könnte. Auch wenn die TeilnehmerInnen das Glück hatten, in einem Studiengang zu sein, der ihre Images von professioneller Pflege, sowohl was die theoretische¹²⁰ als auch was die praktische Seite betraf, unterstützte, zeigt der ausführliche Bericht der Studie wie leicht eine solche positive Ausgangslage durch Einflüsse der Praxis beeinträchtigt werden kann, wie wichtig die Praxiserfahrungen und eine adäquate Unterstützung sind (Spouse 2003).

In eine ähnliche Richtung weist die Studie von Rene Day et al. (2005). Sie untersuchte den Wandel eines Laienimages von Pflege hin zu einem professionellen Image von Pflege bei Studierenden einer kanadischen Universität im Verlauf eines vierjährigen Bachelorstudiengangs¹²¹. Sie knüpfte an die von Fred Davis in den 1960er Jahren in seiner Theorie der ‚lehrmäßigen Konversion‘ (*doctrinal conversion*) beschriebenen sechs Phasen der beruflichen Sozialisation an¹²². Auch Day beobachtete das Durchlaufen dieser Phasen. Allerdings heben sich ihre Ergebnisse in einem positiven Sinn von Davis Studie ab. Bis auf drei Studierende hatten sich alle anderen aus der Motivation, anderen Menschen helfen zu wollen, bewusst für die Pflege entschieden. Die erlebte Dissonanz zwischen den im Studium und den in der Praxis gemachten Erfahrungen basierte mehr auf dem Konflikt zwischen dem Laienimage von Pflege auf Seiten der Studierenden und der Realität der Pflegepraxis als auf dem Verhalten der Lehrpersonen. Da die Studierenden in den ersten zwei Jahren noch kein klares Gefühl für eine professionelle Identität hatten, waren sie bei Kritik an der Pflege und an ihrer Berufswahl verletzbar. Dies änderte sich erst im dritten Jahr, wo sie in ausreichenden Maß eigene Werte internalisiert hatten (s. Day et al 2005: 640). Zu Beginn des 2. Jahres fingen sie an, ein Verständnis vom Patienten als Klienten zu entwickeln und Begriffe wie ‚caring‘ und ‚compassionate‘ auf Situationen zu beziehen, in denen diese wichtig waren. Handelten sie anfänglich eher für die Patienten, begannen sie im Verlauf dieses Jahres erweiterte Rollenvorstellungen zu entwickeln, darunter die Idee, dass die professionelle Pflege ein lebenslanges Lernen erfordert. Sie entdeckten Unstimmigkeiten zwischen dem ‚Lehrbuch‘ und ‚klinischen Situationen‘ in der Praxis. Durch Beobachtung von Lehrkräften und Pflegekräften versuchten sie in Erfahrung zu bringen, was von ihnen erwartet wurde. Im dritten Jahr hatten die Studenten ihre Ideen vorläufig internalisiert. Sie waren in

¹²⁰ Es finden sich mehrere Hinweise, dass den Studierenden in diesem Studiengang verschiedene pflegetheoretische Ansätze bzw. theoretische Modelle der Praxis vermittelt wurden, die für einen holistischen Ansatz der Patientenversorgung eintreten (s. Spouse 2003: 179).

¹²¹ Es wurden primär 50 Studierende aus vierjährigen Bachelorstudiengängen interviewt. Darüber hinaus beantworteten 81 Studierende des Studienjahrs 1989/90 einen Fragebogen bestehend aus offenen Fragen (N= 131, von insgesamt 353 Studierenden des Jg. 1989/90). Die Studierenden aus dem ersten, zweiten und dritten Jahr wurden im darauf folgenden Jahr erneut befragt. Die Mehrheit der 50 Befragten war alleinstehend (80%), weiblich (90%) und unter 25 Jahre (74%) alt (s. Day et al 2005: 638).

¹²² Diese sind: anfängliche Unschuld (1), benannte Anerkennung von Inkongruenz (2), psychische Vorbereitung (3), Rollensimulation (4), vorläufige Internalisierung (5) und stabile Internalisierung (6). In der Phase psychische Vorbereitung (*psyching out*) werden die Erwartungen der Dozenten von den Studierenden erahnt, und sie versuchen entsprechend zu handeln. In den Worten Meads, wird das ‚Pflegekraft-Me‘ erahnt und es setzt die Perspektivenübernahme ein. In der Phase der Rollensimulation greift die für die Herausbildung des Selbst wichtige Handlungsform des Spiels, weil hierbei ein Probehandeln und Durchspielen von Situationen stattfindet. In der Phase der vorläufigen Internalisierung erfolgt eine Besetzung mit positiven und negativen Rollenmodellen (s. Day et al 2005: 637f).

der Lage, auf eigenen Füßen zu stehen und eigenständig zu denken. Um **Akzeptanz zu finden**, lehnten sie ihre Meinungen **an die der jeweiligen Station** an. Wie Day et al. (2005: 643) betonen, geschah dieses nicht in dem Ausmaß, dass es die Patientensicherheit gefährdete. Sie betont, dass die Befragten aktiv an der Konstruktion ihrer professionellen Identität arbeiteten. Am Ende des 4. Jahres sprachen die Studentinnen in einem professionellen Sinn über die Pflege. Sie waren weniger idealistisch, dafür aber realistischer in Bezug auf den Einfluss, den sie innerhalb der Organisation auf die Pflege haben konnten. Anders als in früheren Studien, hatten die Studierenden im Laufe des Studiums solide professionelle Werte internalisiert.

Einen anderen Blick auf den Prozess der Herausbildung eines professionellen Selbstkonzepts entwirft die Untersuchung von Ware¹²³ (2008). Sie befragte 15 Studierende (2 Männer, 13 Frauen) einer ländlich gelegenen südlichen Universität in den USA am Ende ihres Studiums zu ihrem Selbstbild in Bezug auf die Übernahme der Rolle einer Pflegekraft. Sie interessierte sich für das Selbstbild der Studierenden bei Aufnahme des Studiums und bei der Übernahme der Rolle einer Pflegekraft sowie für das, was zwischen diesen Selbstbildern zu Beginn und am Ende des Studiums passierte. Als zentralen sozialen Prozess für die Entwicklung eines Selbstkonzepts als Pflegekraft identifizierte Wade den Prozess des „Building on a Foundation of Knowledge by ‚Taking it all in‘“. In diesem Entwicklungsprozess bauen die Studierenden auf Schlüsselmerkmalen ihres Konzepts von sich selbst als Menschen sowie als ‚aufstrebende Pflegekräfte‘ auf. Quellen hierfür sind ihre **Lebenserfahrungen**, ihre **persönliche Philosophie**, **Rollenmodelle** und ihre **geistige Haltung** (Spiritualität). Das Umfeld, innerhalb dessen der Studiengang angesiedelt ist, und die Kultur des Studiengangs bilden eine weitere wichtige Grundlage dieses Entwicklungsprozesses. Hierbei spielen die vermittelten Werte und theoretischen Konzepte eine Rolle. Bei Ware findet sich im Gegensatz zu den zuvor genannten Studien ein deutlicher Hinweis auf Pflege-theorien, d.h. vor allem auf die Theorie von Dorothea Orem. Der von Wade skizzierte, graduell verlaufende Entwicklungsprozess führte im Verlauf des Studiums von einem eher eindimensionalen Fokus der Rolle einer Pflegekraft hin zu einer immer differenzierteren holistischen Sicht. Wichtig hierfür war das Zusammenspiel zwischen klinischen Erfahrungen und Kursinhalten einschließlich der vom Lehrkörper geförderten ‚holistischen‘ Sicht der Patientenversorgung. In diesem Sinn verweist die Metapher ‚taking it all in‘ sowohl auf den Prozess der Internalisierung des Gelernten wie auf den Prozess der fortlaufenden **Rekonstruktion** aufgrund neuer Erfahrungen und des Erlernens weiterer Konzepte etc. Für die Entwicklung einer professionellen Haltung war die gemeinsame Reflexion klinischer Erfahrungen von Studierenden und Lehrkörper wesentlich. Wade betont, dass in ihrer Studie der Zusammenhang zwischen den persönlichen Konzeptionen der Studierenden und dem Einfluss der universitären Sozialisation herausgearbeitet werden konnte. Sie unterstreicht insbesondere die Bedeutung der klinischen Erfahrungen für die Einübung der zukünftigen Rolle als Pflegekraft. Die ‚Einübung‘ ist vergleichbar mit der Phase des Spiels bei Mead (s. Kap. 3), die die Funktion hat, das Kind in gesellschaftliche Regeln einzuüben. Weiter wird die Bedeutung, die der Fakultät/Schule als Verkörperung eines ‚generalisierten Anderen‘ und den einzelnen Mitgliedern des Lehrkörpers als ‚signifikante Andere‘ für den Entwicklungsprozess der Studierenden zukommt, deutlich (s. Ware 2008: 14f). Nach Ware gilt es, den besten Gebrauch von diesem Prozess des ‚Taking it all in‘ zu machen. Es geht darum, die professionelle Pflegesozialisation zu fördern, indem die verschiedenen Einflüsse aktiviert werden, die sich auf die Entwicklung eines Selbstkonzepts als Pflegekraft auswirken.

Die Notwendigkeit, die Images der Studierenden während des Studiums zum Gegenstand der Reflexion zu machen, sie quasi als didaktisches Instrument zu nutzen, unterstreichen auch Elisabeth Dahlborg Lyckhage und Ewa Pilham-

¹²³ Ihre Arbeiten basieren auf den Vorstellungen Meads und des Symbolischen Interaktionismus.

mer¹²⁴ (2008). Sie differenzieren zwischen einer denotativen und einer konnotativen Art des Denkens über Images. Verweist erstere auf ein gesellschaftlich geteiltes Image, sei es das der engeren Bezugsgruppe, sei es das der Gesellschaft, entstammen Images aus der letzteren Denkart aus den Erfahrungen der Person. Sie untersuchten Kurzgeschichten von 168 Studierenden aus zwei unterschiedlichen Gruppen (72 und 96 Studierende), die zu verschiedenen Zeitpunkten um Beantwortung der Fragen gebeten wurden, was ihr Image von der Pflege als Profession war und warum sie eine Pflegekraft werden wollten. Sie ordneten die geistigen Images der Studierenden zu diesen Fragen und die damit verbundenen Themen drei Typen zu: dem Typ der Pflegekraft als *idealistische Helferin*, als *realistische Entwicklerin* und als *junge suchende Person*. Die Inhalte dieser Images über die Pflegeprofession sind wie die Motive der Befragten höchst heterogen. Nach Dahlborg Lyckhage/ Pilhammar (2008: 540) verkörperten und repräsentierten die Studierenden, die sie der Gruppe der idealistischen Helferinnen und der Gruppe der realistischen Helferinnen zugeordnet hatten, zwei verschiedene Konzeptionen von Pflege: Zum einen die *Konzeption von der Pflege als Berufung*, als etwas, für das man lebt, und zum anderen die *Konzeption von Pflege als Beruf*, d.h. als etwas, wovon man lebt. Interessant ist, dass die Befragten die ‚*caring science*‘ nicht als theoretisches Wissen verstehen. Sie sehen deren Grundlage eher in persönlichen Eigenschaften, die traditionell mit dem weiblichen Geschlecht assoziiert werden. Im Gegensatz zu den zuerst genannten Typen scheint die unter dem dritten Typ zusammengefasste Gruppe eher junge Menschen zu repräsentieren, die kulturell vermittelte Normen und Traditionen, Routinen und Codes nicht als selbstverständlich erachten. Diese Gruppe sieht das Pflegestudium als eine Möglichkeit für weitere Bildung oder als Arbeitsmöglichkeit, nicht aber als etwas, was sie auf einen lebenslangen Beruf vorbereitet. Diese Gruppe ist nach Dahlborg Lyckhage/ Pilhammar (2008: 541) eher in der Lage, sich durch Hinterfragen von Traditionen und daraus abgeleiteten Normen zu befreien. Sie gehen davon aus, dass die Kenntnis vorherrschender, differierender Images unter den Studierenden es ermöglicht, diese während des Studiums in unterschiedlichen Situationen zum Gegenstand von Reflexion zu machen und damit zum persönlichen wie professionellen Wachstum der Studierenden beizutragen. In der Auseinandersetzung mit den Images der Studierenden und den in einer Gesellschaft vorherrschenden Images von Pflege sehen sie eine Möglichkeit, den Studierenden den Zusammenhang von Theorie und Praxis, von Fachwissen und praktischer Kompetenz nahe zu bringen und öffentlich bestehende Images aufzubrechen.

Karen Jensen/Liehr Lahn (2005: 310) haben über einen Zeitraum von drei Jahren, den Einfluss von ‚Wissensobjekten‘, d.h. von Pflegekonzepten und –theorien auf die Lernprozesse bei norwegischen PflegestudentInnen untersucht. Wie in den zuvor erwähnten Studien beobachten auch sie Transformationsprozesse. Stellte die Auseinandersetzung mit pflegetheoretischen Inhalten für die Studierenden in den ersten Jahren eine enorme Herausforderung dar, änderte sich dies im weiteren Verlauf im Zusammenhang mit ihrer Abschlussarbeit und durch eine intensive inhaltliche Auseinandersetzung in der Theorie und im Rahmen der Reflexion ihrer Praxis. Die vermittelten Konzepte und Theorien halfen den Studierenden, nicht nur Pflegesituationen, sondern auch ihre Arbeit gegenüber Laien und anderen Berufsgruppen besser darzustellen. Jensen/Lahn (2005:315ff) unterstreichen die Bedeutung, die den Pflege-theorien zum einen als Beitrag zum *symbolischen Kapital* der Pflege als Profession zukommt, zum anderen in ihrer Funktion als *Wissensobjekten*, die den Studierenden das Herstellen einer Beziehung zum disziplinären Wissenssystem ermöglicht. Weiter stellt die Ausrichtung auf diese Wissensressource eine *Quelle der Inspiration* und der *Identifikation mit der Profession* dar.

Alle genannten Studien betonen die aktive Rolle der Studierenden bei der Entwicklung, Konstruktion und Rekonstruktion ihres professionellen Selbstkonzepts. Weiter belegen sie, dass es seitens der Studierenden während des Stu-

¹²⁴ Auch diese Untersuchung fand zu einem Zeitpunkt statt, wo in Schweden der Wechsel der Ausbildung in den Hochschulbereich und ein Wechsel von einem eher naturwissenschaftlichen hin zu einem humanwissenschaftlichen Fokus des Studiums vollzogen war (s. Dahlborg Lyckhage/Pilhammar 2008).

diums immer wieder zur Überprüfung ihrer Berufswahl und zu Entscheidungen kommt, die Einfluss auf den weiteren Verlauf ihrer professionellen Pflegeverlaufskurve und ihres Selbst haben. Hierbei scheinen die Images von der Pflege eine gewisse Rolle zu spielen. Anstelle des eingangs erwähnten Begriffs der Karriere wird der Begriff des *Verlaufskurvenschemas* verwendet. Er kann auf den gesamten Karriereplan bezogen werden, den die einzelne Pflegekraft entwirft, um ihren Berufsverlauf zu gestalten, um auf Veränderungen Einfluss zu nehmen (Kontrolle) und um mit objektiven Einschränkungen umzugehen. Dieses Schema kann zum Ausgangspunkt der betrieblichen Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve genommen werden. Anthony nennt verschiedene Gründe, die Anlass für Selbsteinschätzungen, Neubestimmungen und Entscheidungen bieten. Diese Anlässe können als Unterbrechungen des eingeschlagenen Pfads der professionellen Verlaufskurve oder als ‚*turning points*‘ aufgefasst werden. Sie bieten die Möglichkeit, den bestehenden Karriereplan neu zu bewerten und ihn anhand veränderter Situationen neu auszurichten. Das Ende des Studiums/der Ausbildung und die Zeit des Übergangs von Studium in die gewählte Profession, d.h. die Einmündungsphase und die mit ihr einhergehenden Statuspassage vom Auszubildenden/Studierenden zur professionellen Pflegekraft bieten Anlässe zur Überprüfung des eingeschlagen Wegs (s. Anthony 2006).

9.3.2.2 ZUR HERAUSBILDUNG DER PROFESSIONELLEN PFLEGEVERLAUFSKURVE: DER ÜBERGANG VON DER AUSBILDUNG/STUDIUM IN DIE PROFESSION

Für die Arbeit der Pflegeführungskräfte an den professionellen Pflegeverlaufskurven ist der Übergang vom Studium in das Erwerbsleben ein kritischer Zeitpunkt (s. Corwin 1961, Strauss/Bucher 1961/2001, Strauss/Becker 1956/2001, Strauss 1974/1997), der gewisse Anforderungen an die Einarbeitung stellt. Die Auszubildenden/Studierenden werden erst jetzt voll und ganz in die Arbeitsbedingungen der gewählten Profession eingeführt. Wie die klassische Studie von Marlene Kramer zum ‚Reality Shock‘ und neuere Untersuchungen der letzten Jahre in der Pflege belegen (s. Kelley 1998, Ewens 2003, Cowin/Jacobsson 2003, MacIntosh 2003, Duchscher 2008, 2009), hat die Art und Weise, wie die professionelle und organisationale Sozialisation unter den Bedingungen der professionellen Praxis erfolgt, nicht nur Folgen für den weiteren Berufsverlauf und für die Ausbildung der professionellen Identität, sondern auch für den Verbleib in der Profession (s. auch Duchscher 2004, Duchscher/Cowin 2004, Cowin/ Hengstberger-Sims 2006).

Die Rahmenbedingungen der Arbeitswelt bilden den Hintergrund für die professionelle und organisationale Sozialisation. Für die Vertiefung und Weiterentwicklung der professionellen Kompetenz zur Pflege anderer Menschen und für die Herausbildung eines professionellen Selbst, Selbstkonzepts und professioneller Identitäten kommt den Bezugsgruppen in Gestalt des Pflegeteams und des erweiterten interdisziplinären Teams eine zentrale Rolle zu. Diese Teams fungieren als ‚generalisierte Andere‘, und innerhalb dieser sozialen Welten (Strauss 1993) finden junge Pflegenden die für ihre Entwicklung wichtigen ‚signifikanten Anderen‘ oder ‚*helpful others*‘ (s. Eraut et al. 2004, Price 2009). Diese kommen aus den eigenen Reihen wie aus den Reihen anderer Gesundheitsprofessionen, wobei den Ärzten und Ärztinnen vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung und der Professionskonstruktion eine besondere Rolle zukommt. Was das Pflegeteam als Bezugsgruppe im engeren Sinn betrifft, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die sozialen Welten (inkl. ihrer Haltungen, Normen, Werte, Wissenssysteme, Erfahrungen) der aufeinander treffenden Generationen miteinander kompatibel sind. Diese Umstände müssen im Sinn einer erfolgreichen organisationalen Sozialisation in die Kultur eines Gesundheitsunternehmens und mit Blick auf die Bindung der jungen Professionellen an das Unternehmen und das jeweilige Team berücksichtigt werden (s. Björkström et al 2008, Deppoliti 2008). Als NeuanfängerInnen sind Pflegekräfte nach der Ausbildung/dem Studium folgenden Prozessen ausgesetzt:

1. „Sie erleben eine **Veränderung** und zwar eine Veränderung in der **Rolle** und in der **professionellen Identität**
2. sie müssen sich von **alten Rollen** trennen, d.h. **loslassen**

3. sie müssen die ‚**Überraschung**‘ darüber, wie sich die Realität zwischen den Erwartungen einerseits und den Erfahrungen andererseits konstituiert, bewältigen“ (Anthony 2006: 72).

Beispielhaft sollen hier einige Ergebnisse von Judy Duchscher (2001, 2004, 2008, 2009) genannt werden, die sie im Rahmen ihrer zehnjährigen Forschung zur Frage des Übergangs (Transition) über die ersten 12 Monate in der Arbeitswelt von Absolventen von Pflegestudiengängen zusammengetragen hat. Aus ihren Ergebnissen leitet sie in einer ihrer letzten Arbeiten eine substanzielle Theorie der Rollentransition¹²⁵ als einen ‚abgestuften Übergang‘ während der ersten 12 Monate in die Pflegepraxis ab. Innerhalb dieses Übergangs durchlaufen die neuen Praktikerinnen Prozesse, die zu einem erweiterten Wissen und einer umfassenderen Praxis führen und damit zu einer Entwicklung ihres persönlichen und professionellen Selbst beitragen.

Die gegenwärtige Situation im Gesundheitswesen in Nordamerika zeichnet sich nach Duchscher (2008: 441) allgemein dadurch aus, dass die erfahrenen Pflegekräfte das Rentenalter erreichen und durch Absolventinnen der Pflegestudiengänge ersetzt werden, die weder über praktische Erfahrungen verfügen, noch die Zuversicht haben, sich durch ein klinisches Umfeld mit steigender Patientenkomplexität und steigender Arbeitslast hindurch zu navigieren. Alarmierend ist, dass diese desorientierenden, entmutigenden und erschöpfenden Erfahrungen beim Arbeitseinstieg innerhalb von 18 Monaten professioneller Praxis zu einem hohen Burnout-Niveau führen können. Bei ihrer Phasentheorie professioneller Sozialisation stützt sich Duchscher u.a. auf Erkenntnisse von William Bridges¹²⁶ über individuelle wie organisatorische Transitionen. Sie unterscheidet die Phase des Tuns, des Seins und des Wissens (s. Abb. 9.7).

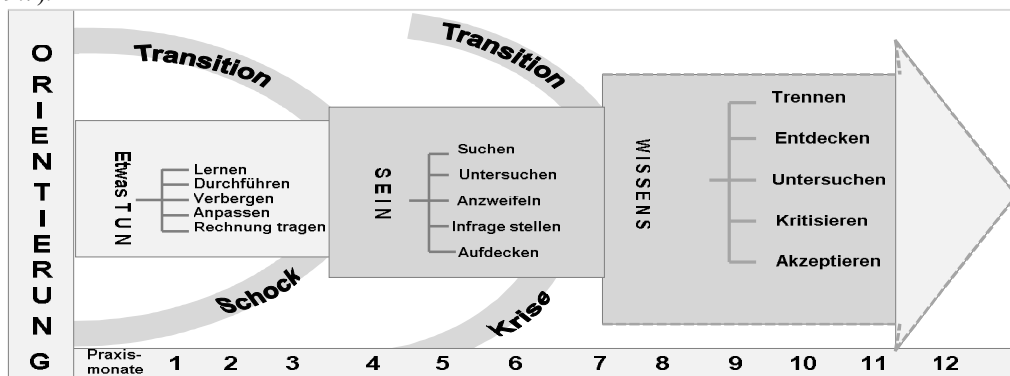


Abb. 9.7: Theorie des abgestuften Übergangs (Transition) nach Duchscher (2008: 443)

Alle Phasen verlangen den einzelnen Pflegekräften Arbeit ab. Es handelt sich nicht um lineare, sondern um evolutionäre Phasen, die verschiedene aufeinander bezogene Entwicklungsprozesse umfassen. **In der Phase des Tuns**, des **Doing**, die etwa drei bis vier Monate umfasst, sind die AnfängerInnen damit beschäftigt, sich auf die neuen Rollen und Verantwortlichkeiten einzustellen. In dieser Phase werden die Absolventinnen aufgrund des Wechsels von einem bisher eher strukturierten und relativ vorhersehbaren Leben zu einem Leben mit einer Reihe neuer Erwartungen und Verantwortlichkeiten vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Viele fühlten sich auf das, was sie im Arbeitsleben meistern sollen, nicht ausreichend vorbereitet¹²⁷. In dieser Phase, in der sie mit verschiedenen Prozessen des Entdeckens, Lernens, Durchführens, Verbergens, Anpassens und damit beschäftigt waren, den Anforderungen der Arbeitswelt Rechnung zu tragen, erlebten sie eine enorme Intensität, Reichweite und Fluktuation von Gefühlen. Aufgrund der vielfältigen neuen Eindrücke und zu bewältigenden Anforderungen war die funktionale Lernkurve, die

¹²⁵ Zielgruppe ihre Theorie sind insbesondere Pflegeführungskräfte und all jene, die mit der Anwerbung oder der Einarbeitung neuer Pflegekräfte befasst sind.

¹²⁶ Die Arbeit mit diesem Modell hat sich in meiner Führungspraxis als hilfreich erwiesen.

¹²⁷ Alle hatten eine Art Orientierung bzw. Einarbeitung erhalten.

diese Phase der Transition beherrschte, eher abschüssig. Eine Folge war, dass die im Studium von vielen erarbeitete solide professionelle Identität unter der Last der Leistungsangst zusammenbrach¹²⁸ (Duchscher 2008: 444). Eine entscheidende, von den Neuanfängerinnen in dieser Zeit des Zusammenfalls, der Phase des Beendens und der Phase des Tuns zu leistende emotionale Arbeit besteht darin, den Konflikt des Hin-und-Hergerissen Seins zwischen einer Orientierung an der Ausbildung und einer Orientierung an der praktischen Realität produktiv zu lösen. Obwohl sie in dieser Phase vieles erst lernen müssen, müssen sie sich von der ihnen ‚vertrauten Daseinsform‘ des Studentenstatus trennen, die damit verbundene Rolle loslassen und sich mit ihrem neuen Status sowie ihrer neuen Rolle als Professionelle vertraut machen. Da sie weder ‚Fisch (StudentInnen) noch Fleisch‘ (Professionelle) sind, sind sie leicht verwundbar. Sie fühlen sich inkompetent und von ihren erfahrenen Kolleginnen nicht akzeptiert¹²⁹. Mit Blick auf die zeitgleiche Professionalisierung ihrer Kompetenz zur Pflege anderer Menschen und die Herausbildung eines professionellen Selbst, Selbstkonzepts inklusive ihrer professionellen Identität ist der von Duchscher (2008: 448, Duchscher 2009: 1106f) beschriebene hohe Angstpegel aufgrund kaum zu erfüllender Erwartungen und des erlebten Stresses mit erfahrenen Kolleginnen und Ärzten hervorzuheben. Bei den verschiedenen, von den neuen Pflegekräften im Rahmen ihrer Arbeit einzugehenden sozialen Beziehungen und bei ihrem Versuch, sich in ein bestehendes Team einzugliedern, bildet die **Pflegekultur** einer Station und eines Krankenhauses den sozialen Hintergrund (s. auch Clare/van Loon 2003, Price 2009).

Die **Phase des Seins** (zweite Phase), in die die Neuen etwa innerhalb von vier bis sechs Monaten eintreten und die sich über weitere vier bis fünf Monate erstreckt, zeichnet sich durch eine konsistente und rasante Weiterentwicklung des Denkens, Wissensniveaus und der Fertigkeiten, d.h. der Gesamtkompetenz der Jungakademikerinnen aus. In dieser Phase erleben sie voll und ganz den Verlust dessen, was war, während am Horizont erst allmählich ein Bewusstsein von dem aufdämmert, was sein könnte. Grundlegend für diese Phase ist ein erhöhtes Bewusstsein von sich selbst als Professioneller. Es findet eine Erkundung der eigenen Rolle als Pflegekraft im Verhältnis zu anderen Gesundheitsberufen statt sowie eine grundlegende Suche nach einer Balance zwischen privatem und beruflichem Leben. Die Neuen beginnen sich nun langsam loszulösen, Dinge zu hinterfragen, zu suchen, neu aufzudecken, und fangen schließlich an, sich in ihrer gewählten Profession neu zu engagieren mit dem Unterschied, dass sie es dieses Mal selbstbestimmt tun. Aus diesen Grund ist diese Phase sehr wichtig, da hier die jungen Pflegekräfte ihre Entscheidungen darüber fällen, was ‚**echte Pflege**‘ ist, welche Macht sie als Professionelle haben oder nicht, und welche Rolle sie bei der Konstruktion der Realität ihres Arbeitsumfelds spielen. Ein erfolgreiches Fortschreiten in dieser Phase zeigt sich in einer **überarbeiteten professionellen Identität**, in die hinein selektiv qualitative Pflegewerte assimiliert worden sind (s. Duchscher 2004: 286f, Duchscher 2008).

Die **Phase des Wissens** als dritte und letzte der ersten zwölf Monate, die die JungakademikerInnen durchlaufen, zielte zum einen auf eine **Getrenntheit** im Sinne des Gefühls, sich als Pflegekraft von den etablierten Pflegekräften um sich herum zu unterscheiden. Erst auf der Basis dieses Gefühls war es ihnen möglich, sich mit der größeren Gemeinschaft der Professionellen in Beziehung zu setzen und sich mit ihr wieder einig zu fühlen. Dieses Gefühl der Verbundenheit ist kennzeichnend für die Phase des Neubeginns nach Bridges und ist Folge einer innerlichen Neuausrichtung. Diese erfolgt etwa in der Zeit nach 6 Monaten bis zu einem Jahr (s. Duchscher 2004: 287). In dieser Phase

¹²⁸ Duchscher nennt vielfältige Situationen wie überhöhte Arbeitslast (statt eines handhabbaren Verhältnisses von acht Patienten waren sie häufig für acht bis zu 16 Patienten verantwortlich), die Komplexität der Patientensituationen, die vielen parallel zu bewältigenden Aufgaben (Multitasking), ihre von ihnen selbst als begrenzt wahrgenommene Fähigkeit, klinische Probleme zu lösen u.a.m. Als dies führt zu enormem Stress.

¹²⁹ Aufgrund des Umstands, dass ihnen die Zuversicht in ihre eigenen Fähigkeiten der klinischen Entscheidungsfindung und der Durchführung pflegerischer Aufgaben fehlt, fühlen sie sich regelrecht an den Rand gedrängt und marginalisiert (s. Duchscher/Cowin 2004a, 2006).

setzten die Neuen die Entwicklungen der letzten Phase fort. Sie erlebten Veränderungen in den Beziehungen im privaten wie im professionellen Kontext. Insbesondere gegen Ende dieser Phasen fingen sie an, die *professionelle ‚Landkarte‘* zu entdecken und zu hinterfragen. Die Arbeiten von Duchscher belegen die Bedeutung, die der professionellen Sozialisation im betrieblichen Alltag für die Arbeit an der professionellen Verlaufskurve und am Selbst und für das Nutzen des in der Ausbildung/im Studium erworbenen Wissens und entsprechender Kompetenzen zukommt. Duchscher (2008: 448f) plädiert für einen ‚geschützten Raum‘ und gezielte Lernsituationen, für Mentoren und eine nicht zu hohe Arbeitslast. Vielmehr sollten die Absolventen auf ihrer ersten Station, der Station des Übergangs¹³⁰, die Chance erhalten, sich unter Begleitung eines Mentors in eine Vielzahl pflegerischer Fertigkeiten einzuüben. Sie benötigen besonders in der ersten Zeit, für die ersten ca. vier Monate, vorhersehbare, stabile und vertraute Situationen, um das erforderliche Selbstvertrauen zu gewinnen. In ihrer Metastudie über diese frühe Phase der professionellen und organisationalen Sozialisation erkennt Sheri Price (2009: 15ff) einen sich durch alle Forschungsarbeiten ziehenden roten Faden, dessen Oberthema *„Realizing and Redefining Role expectation“* ist, das in drei Unterthemen zum Ausdruck kommt: der Einfluss von Idealen, die Widersprüchlichkeit (Paradox) von Caring/Pflege und die Rolle Anderer. Dies sind Themen, die alle mehr oder weniger den Verlauf der professionellen Pflegeverlaufskurve beeinflussen.

Einen anderen Blick auf diese wichtige Phase werfen die Arbeiten von Eraut et al. (2004), und Catherine Caballero (2005), die sich mit dem arbeitsplatzbezogenen Lernen von Professionellen in ihrer frühen Karriere befassen. Vieles was sie mittels Interviews und über Beobachtungen erfuhren, stützt die Erkenntnisse Duchschers. Sie betonen die zentrale Rolle, die den Stationsleitungen bei der direkten oder indirekten Unterstützung der ‚Neuen‘ zukommt. Eine Schlüsselrolle für das arbeitsplatzbezogene Lernen kommt einer angemessenen und herausfordernden Arbeit zu, aber auch einem Stationsklima der gegenseitigen Unterstützung und des Lernens (s. Eraut et al 2004: 33, Pkt. 9.4). Diese Arbeiten unterstreichen die Bedeutung der zweiten Form der Sozialisation, d.h. der organisationalen Sozialisation. Diese wird von der Organisationskultur eines Unternehmens bzw. Krankenhauses bestimmt, als deren wichtigste Einheit die Station oder Funktionseinheit dient (s. Anthony 2006: 73, s. auch Tewes 2002). In diesem Zusammenhang soll erneut auf die Bedeutung der Images hingewiesen werden, die nicht nur in den ersten Monaten der Berufstätigkeit, sondern während der gesamten Erwerbstätigkeit wirksam sind.

9.3.2.3 ZUR NOTWENDIGKEIT DER KONTINUIERLICHEN ARBEIT AN DER PROFESSIONNELLEN PFLEGEVERLAUFSKURVE: ERWERB VON PROFESSIONELLER REPUTATION

Mary-Therese Dombeck (2003) untersuchte den Einfluss von Gender und Rasse auf die professionelle Persönlichkeit anhand von Interviews, Gruppendiskussionen (7 pro Gruppe) und Kurzgeschichten zu Themen wie Motivation, Pflegeausbildung, Reaktion auf Images von Pflege wie bspw. in den Medien dargestellt, und von Träumen. Insgesamt haben 36 Pflegende, 23 Frauen (12 afrikanisch-amerikanischer Herkunft, 11 Weiße), und 13 Männer (12 weiße nordamerikanische Männer, ein Mann von den Karibischen Inseln) an der Studie teilgenommen. Ein Ergebnis ist, dass die Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen sich mit dem immer gegenwärtigen Einfluss von Gender und Rasse jeweils aus dem Blickwinkel der sozialen Position innerhalb der Profession und des größeren sozialen Umfelds auseinandersetzen. So kämpften die weißen Frauen vor allem mit ihrer Wahrnehmung der ihnen als Pflegekräfte zugeschriebenen Merkmale wie ‚caring‘, ‚arbeitsam‘ oder ‚übertrieben bescheiden‘. Über die Gruppendiskussionen wurde den Frauen bewusst, wie (arbeits-) aufwändig für sie die zwischen ihrer Rolle als Frau und ihrer Arbeit als Pflegekräfte bestehende ‚Nahtlosigkeit‘ (*seamlessness*) war. Um aus ihrer Arbeit Zufriedenheit zu schöpfen oder zu er-

¹³⁰ Nach meinen Erfahrungen mit NeuanfängerInnen in Hamburg wie in Bozen stürzen diese sich gerne auf Arbeitsbereiche wie die Intensivpflege. Sie sind wenig einsichtig, erst einmal Erfahrungen auf einer allgemeinen chirurgischen, medizinischen oder geriatrischen Station zu sammeln. Die beiden letztgenannten Bereiche stehen allgemein nicht hoch im Kurs.

reichen, dass sie annehmbar war, hatten sie entweder die Möglichkeit, den Erwartungen zu entsprechen, ihr Unwohlsein zu ignorieren oder sich ausschließlich auf die positiven Aspekte zu konzentrieren. Egal, welche Möglichkeit sie für sich wählten, führte dies häufig zu einem mangelnden Bewusstsein von den Ausmaßen ihres Unwohlseins. Für andere stellte sich der Widerstand dagegen als zu aufwändig heraus, und so war das Verlassen der Profession die einzig verbleibende Option (s. Dombeck 2003: 360f). Als höchst problematisch erwies sich für die Frauen die Identifikation der pflegerischen Profession mit dem Image der ‚mütterlichen Fürsorge‘ (*maternal caring*). Diese konnte von ihnen weder abgelehnt, noch ‚begeistert aufgenommen‘ werden, da ihr Expertenwissen dabei oft nicht berücksichtigt wurde. In diesem Zusammenhang war es für die weißen Frauen unwichtig, dass sie die Mehrheit der Pflegekräfte stellen. Weder thematisierten sie diesen Umstand, noch hatten sie das Bedürfnis nach Vielfalt. Insgesamt fühlten sie sich nicht sonderlich dominant in einem System, das ihnen einerseits das ‚Caring-Image‘ aufdrängt, andererseits ihre ‚fürsorglichen Funktionen‘ unterbewertet (s. Dombeck 2003: 361).

Den an der Studie teilnehmenden Männern war der Umstand, dass die Mehrheit der Pflegekräfte weiße Frauen sind, nur allzu bewusst. Das weibliche Image der Pflege führte bei ihnen zu tiefer Verunsicherung. Auch sie erlebten, dass ihr Wissen in Frage gestellt oder ignoriert wurde. Die Fehlwahrnehmung der Pflege beschäftigte sie auch in anderer Hinsicht. Alle Männer machten die Erfahrung, dass ihre sexuelle Orientierung und Identität aufgrund ihrer Berufswahl in Frage gestellt wurde. Sie sahen sich veranlasst, entweder aus freien Stücken oder gezwungenermaßen, eine Distanz zwischen ihrer professionellen Rolle und ihrer persönlichen Identität herzustellen. Es zeigte sich, dass für die Männer ihre Marginalität zu einer Quelle von Bewusstsein wurde. Gegen ihre eigene Intention griffen sie Aspekte des feministischen Diskurses auf. Dies betraf vor allem die Notwendigkeit der Selbst-Definition. Sie kamen zu der Überzeugung, dass dies nicht nur für sie selbst, sondern für die Profession als Ganzes wichtig ist.

Für die Gruppe der afrikanisch-amerikanischen Pflegekräfte wurde das weibliche Image der Fürsorge, des Mitgefühls, der Folgsamkeit und des Altruismus durch die deutliche Unterstellung einer rassistischen Dienstbarkeit (*servanthood*) akzentuiert. Sie erfuhren in vielerlei Hinsicht eine doppelte Bedrohung (*double jeopardy*). Auch sie erlebten, dass ihr Wissen nicht anerkannt wurde. Sie erfuhren es aber in anderer Weise: sie ‚wussten‘ nicht nur weniger, sondern sie ‚waren‘ auch weniger, sie waren nicht nur als Profession weniger, sondern vor allem waren sie weniger als ihre weißen Kolleginnen. Wie ein roter Faden zog sich der von ihnen erfahrene Rassismus durch ihre Geschichten, wobei der im Pflegebildungssystem vorherrschende Rassismus bei ihnen Bestürzung auslöste. Sie regten sich darüber auf, dass ‚weiße Lehrer‘ und ‚weiße Colleges‘ sich selbst als fair und neutral betrachteten, selbst wenn sie Rassenfragen in Wahrheit missachteten oder nicht daran interessiert waren. Diese Gruppe entwickelte viele Vorstellungen, was sie gegen diese Ignoranz und Indifferenz tun könnte und welche Änderungen in Pflegeschulen und in der Pflegeprofession notwendig seien. Wichtig war ihnen, dass die weiße Gemeinschaft sich des Rassismus bewusst wird und sein Vorhandensein anerkennt. Auffällig war nach Dombeck (2003: 362), dass der von diesen Frauen thematisierte Rassismus weder für die weißen Frauen noch für die Männer ein problematisches Thema war. Ein wichtiges Ergebnis ihrer Untersuchung ist, dass diejenigen, in diesem Fall die Männer, die sich an den Rand der Pflegeprofession versetzt sehen, das Problem der Marginalität wieder ins Zentrum zurückspiegelten. Bemerkenswert ist, dass die von ihnen thematisierte ‚Selbstbestimmung‘ (*self-definition*) Auswirkungen auf die gesamte Profession hat. Für die weißen Pflegekräfte war die erwartete Wiedererkennbarkeit von Pflegekräften aufgrund ihrer Ruhe, ihres Mitgefühls und ihrer Folgsamkeit gleichermaßen rätselhaft wie verstörend, da es sie in ein ‚festgestelltes‘ Image bzw. in eine Schablone einpasste, wie Pflegekräfte sein sollten. Obwohl dies alle Pflegekräfte der Studie betraf, taten sich vor allem die weißen Pflegekräfte schwer, aus diesem sozial vorgegebenen Rahmen auszubrechen. Zwei der afrikanisch-amerikanischen Frauen reaktivierten im Anschluss an die Studie den lokalen Verband für Schwarze Pflegekräfte, und viele der Männer engagierten sich in der American Assembly for Men in Nursing. Diese Folgen ihrer

Studie führt Dombeck (2003: 363) auf die Bedeutung des Geschichtenerzählens zurück. Es kann als Mittel zur Selbstbestimmung, als Mittel der Solidarisierung und Selbstpflege in einer Kultur dienen, die die Pflege nach wie vor in begrenzten Images definiert und auf diese Weise Pflegekräfte voneinander isoliert.

Eine andere, für die Arbeit an der professionellen Verlaufskurve wichtige Arbeit, ist die von Judith MacIntosh (2003). Sie untersuchte, wie erfahrene Pflegekräfte¹³¹ ihre Entwicklung als Professionelle wahrnehmen und wovon die professionelle Sozialisation beeinflusst wird. Als grundlegender sozialer Prozess wurde in dieser Studie ein sich wiederholender dreistufiger Prozess des *Überarbeitens der professionellen Identität* (*reworking professional identity*) bestimmt. Dieser Prozess beschreibt, wie die Befragten für sie problematische Angelegenheiten ansprechen und klären. Er wird in Gang gesetzt, wenn die Pflegekräfte auf Diskrepanzen stoßen. Gefühle der Dissonanz veranlassen sie, Strategien zu entwickeln, um diese Diskrepanzen anzusprechen und damit verbundene Dissonanzen zu reduzieren. Die erste Phase, in der eine gewisse *Angemessenheit* unterstellt wird, zeichnet sich durch eine nachlassende Wertschätzung anderer sowie der eigenen Meinung von der eigenen Praxis aus. Das Gefühl der Angemessenheit wird aufrechterhalten, indem die eigene Praxis nicht reflektiert wird, und durch eine Konzentration auf technische Aufgaben. In dieser Phase wissen Pflegekräfte nicht, ob andere sie als Professionelle respektieren. Sie entwickeln keine starken interpersonalen Beziehungen und sind sich ihres eigenen Kompetenzniveaus nicht bewusst (s. MacIntosh 2003: 730f). Das Erleben dieser Phase betrifft junge Pflegekräfte ebenso wie erfahrene. Die fehlende Reflexion über ihre Praxis fördert die Konzentration auf technische Aufgaben. Die Befragten beschrieben diese Situation damit, dass sie „wie Roboter“ funktionierten.

Verschiedene Faktoren, wie der Verlust des Interesses, Beibehaltung desselben Arbeitsplatzes über lange Jahre oder Stress können zu dieser Situation beitragen. Die professionelle Identität basiert in dieser Phase auf dem Wissen, dass die Pflege eine Profession ist, dass man stolz darauf sein kann, eine Pflegekraft zu sein und dass die Arbeitskolleginnen sie automatisch respektieren. Aus diesem Grund haben sie auch nicht das Gefühl, dass sie sich eine ‚Reputation‘ verdienen oder ihre Professionalität in Fragen stellen müssen. Die Selbstgenügsamkeit kann sich hier ebenso als Problem erweisen wie ein unter Umständen nicht wahrgenommenes Burn-out. Die Befragten (MacIntosh (2003: 732) schilderten, dass ihr Gefühl, als Professionelle respektiert zu werden und sich auch so zu fühlen, von den Reaktionen Anderer beeinflusst wird.

Der Übergang zur zweiten, als *‚die Praxis realisieren‘* bezeichnete Phase wird erst durch das Bewusstwerden der eigenen Praxis und der Sicht Anderer geebnet. In dieser Phase entwickeln Pflegekräfte ein Bewusstsein für ihren Arbeitskontext. Dies erlaubt ihnen, Diskrepanzen zu erkennen, ihre Kompetenzen mit anderen zu vergleichen, Dissonanz zu erleben und den Versuch zu machen, Differenzen auszubalancieren. Diese Phase wird ebenso von jungen wie von erfahrenen Pflegekräften, die in ihrer Arbeit stagnieren, erlebt. Sie wird von zwei Prozessen begleitet:

1. sich der Diskrepanzen zwischen Erwartetem und Erfahrenem, zwischen Werten und Arbeitsweisen, zwischen sich selbst und den Anderen bewusst werden
2. dem Versuch, eine Balance herzustellen (s. MacIntosh 2003: 732).

Hierbei werden sich die Pflegekräfte auf dreierlei Arten über die Diskrepanzen bewusst. Das Bewusstwerden von Diskrepanzen führt zu einem Erleben von Dissonanzen. Diese können sich in Unwohlsein, Unzufriedenheit oder Enttäuschung ausdrücken. Sie können dazu anregen, nach neuen Balancen zu suchen und mit den wahrgenommenen Diskrepanzen umzugehen. MacIntosh (2003: 733f) hat drei Strategien identifiziert: (1) die Entwicklung so genannter

¹³¹ Sie interviewte 21 Pflegekräfte mit einer Berufserfahrung zwischen drei und 34 Jahren in unterschiedlichen Praxisfeldern (Krankenhaus, Gemeinde bzw. ambulanter Bereich) und Positionen (als Mitarbeiterin, Führungskraft) in Vollzeit wie in Teilzeit aus drei östlichen kanadischen Provinzen.

Schutzreaktionsmuster, um sich vor Kritik zu schützen und Zeit zur Reflexion zu gewinnen; (2) die Suche nach einem Mentor; und (3) die Arbeit an der eigenen Glaubwürdigkeit. Am Ende dieser Phase bemerken die Pflegekräfte, dass sie als Teammitglieder akzeptiert werden, dass sie Hilfe bei ihrer Arbeit erhalten, dass sie eine bessere Selbstwertschätzung haben, ein gestiegenes Selbstvertrauen und mehr Kompetenz und dass sie sich stärker respektiert fühlen. Die beschriebenen drei Strategien führen zu einer Auflösung der erlebten Dissonanz. In dieser Phase beginnen die Pflegekräfte darüber nachzudenken, welche Bedeutung eine professionelle Identität für sie persönlich hat. Hierbei vergleichen sie, bis zu welchem Ausmaß professionelle Kriterien in ihrer Arbeit und in der ihrer Kolleginnen verkörpert sind. Weniger erfahrene Pflegekräfte tasten sich hier an die Idee heran, was es genau bedeutet, ein Professioneller zu sein (s. MacIntosh 2003: 734).

In der dritten Phase, in der es um den **Erwerb einer Reputation** geht, wird die Arbeit an der professionellen Identität fortgesetzt. Hier kommt es zur Entwicklung eines Bezugsrahmen für die professionelle Identität, der auf erfahrungsbasierten und tragfähigen Konzepten beruht, sowie auf eine bewusste Auswahl aufgrund unmittelbarer Erfahrungen und individualisierter Standards der Pflegearbeit. Die Reputation der Professionalität einer Pflegekraft variiert entsprechend dem Ausmaß ihrer Fähigkeit, ein anerkanntes Niveau von Fachlichkeit (Expertise) zu entwickeln, das sich in ihrer Kompetenz und ihrem Können zeigt. Sich eine Reputation erwerben, setzt nach MacIntosh (2003: 735) drei Prozesse voraus:

1. Das Etablieren von Praxismustern, die charakteristische konsistente Handlungsweisen und das Herangehen an Lernmöglichkeiten widerspiegeln¹³²
2. Die Auswahl von Standards. Hier wählen Pflegekräften bewusst Kriterien aus, die ihr Handeln in Bezug auf ihre eigene Arbeit/Praxis leiten. Dabei können sie sowohl institutionelle als auch professionelle Standards übertreffen.
3. Die Pflege weiterentwickeln. Dies kann auf unterschiedliche Weise erfolgen, durch Mentoring anderer Pflegekräfte, durch die Übernahme einer Rolle in der Fachöffentlichkeit und durch das Engagement bei Aktivitäten, die die Pflege voranbringen¹³³.

Die am Ende dieser Phase entwickelte professionelle Identität, spiegelt sich in der Reputation und der Expertise der jeweiligen Pflegekraft wieder, in ihrem Interesse am Lernen, in ihren aktiven Beiträgen für die Profession und in ihrer Unterstützung neuer Pflegekräfte. Der von MacIntosh beschriebene dreiphasige Prozess ist ein sich wiederholender Prozess. Er wird von kontextuellen Faktoren wie **Erwartungen**, dem **wahrgenommenen Status** und der **Unterstützung** beeinflusst. Bei den Erwartungen hebt MacIntosh (2003: 738) die **Geschlechtersozialisation**, die **professionelle Sozialisation** und schließlich **persönliche Faktoren** hervor. Bei letzteren geht es darum, ob die Pflege als Karriere oder als Job betrachtet wird und wie die Pflegekräfte auf den eigenen Arbeitsplatz reagieren. Unter dem wahrgenommenen Status fasst sie die Auffassung einer Pflegekraft von ihrer relativen Position, d.h. von der Position, die der Pflege von anderen gewährt wird, und dem Verständnis der Pflegekraft von dem, was der Pflege formell zugestanden wird, etwa der Umfang der gewährten professionellen Autonomie, oder ob sie fürsorgliche Verhaltensweisen zeigen soll. Das Arbeitsumfeld kann in dieser Frage erheblich variieren. Der dritte kontextuelle Faktor betrifft die Unterstützung, die als das Ausmaß definiert wird, wie weit eine Pflegekraft am Arbeitsplatz persönliche Akzeptanz und Unterstützung findet und von anderen verteidigt wird. Weiter zeigt sich Unterstützung in den Arbeitsbeziehungen mit anderen, d.h. in der Art der Interaktionen mit Mentoren, Kollegen und anderen Professionellen sowie in der

¹³² Hierzu gehört, dass über Kompetenzen gesprochen wird, dass Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten aktiv gesucht werden, dass Lernen und Wachstum angestrebt wird.

¹³³ Dies ist u.a. abhängig von der Karrierephase, von Gelegenheiten, von der persönlichen Energie und Zeit, von familiären Verpflichtungen, dem Dienstplan etc.

wahrgenommenen Arbeitsatmosphäre, also darin, ob man mit Menschen arbeitet, die einem gegenüber positiv oder negativ eingestellt sind¹³⁴.

Gregg/Magilvy (2001) arbeiteten aus den Daten halbstrukturierter Interviews und teilnehmender Beobachtung von 18 japanischen Pflegekräften mit unterschiedlichem Arbeitshintergrund sechs zentrale Kategorien¹³⁵ heraus. Diese führten zur Identifikation des grundlegenden sozialen Prozesses des ‚*bonding into nursing*‘, der die Herausbildung einer professionellen Identität bei diesen japanischen Pflegekräften ermöglichte. Zwei Kategorien sind in Bezug auf diese Arbeit von Interesse: das **Etablieren einer eigenen Pflegephilosophie** und die **Integration des Selbst der Pflegekraft**. Bezüglich des ersten Aspekts war für die Befragten eine vage Vorstellung von einem Idealimage wichtig sowie die Klärung von für sie wichtigen Aspekten, um eine eigene Pflegephilosophie zu entwickeln. Der zweite Aspekt, die Integration des Selbst der Pflegekraft, beschreibt in den Worten einer Befragten den Prozess, wie die verschiedenen Schnüre des Selbst und der Pflegekraft miteinander verflochten werden. Erst wenn dies erfolgt ist, können sich professionelle Identitäten herausbilden. Sie sind das Ergebnis des aus mehreren Phasen bestehenden Prozesses des ‚*bonding into nursing*‘ (s. auch Kap. 8).

9.3.3 ZWISCHENERGEBNIS

Die exemplarisch referierten Studien zum professionellen Selbstkonzept bzw. professioneller Identität geben wenig explizite Hinweise auf einen möglicherweise bestehenden Zusammenhang von pflegetheoretisch geleiteter Pflegepraxis und professionellem Selbst. Solche Hinweise finden sich eher implizit in Bezug auf das ‚Caring‘. Ungeklärt bleibt, ob bestimmte Caring-Theorien oder die Haltung des Caring gemeint sind. Eine entsprechende Arbeits- und Herangehensweise steht im Widerspruch zur erfahrbaren Realität und Kultur der Krankenhäuser und der Stationen. Eine andere wichtige Erkenntnis besteht darin, dass die Vorstellung von der Pflege als einer Profession nicht automatisch an die Vorstellung einer pflegetheoretisch geleiteten Praxis gekoppelt ist. Insgesamt lassen die einzelnen Arbeiten erkennen, welche Bedeutung den Images unterschiedlichen Ursprungs für die professionelle wie für die organisationale Sozialisation und das Verständnis professioneller Arbeit bzw. professionellen Handelns zukommt. Die Relevanz der vorherrschenden Images von Pflege bei einer bestimmten Pflegekraft wird in den unterschiedlichen interpersonellen Beziehungen, die sie im Rahmen ihrer Arbeit mit Patienten, Kolleginnen und den Angehörigen anderer Gesundheitsprofessionen eingeht, bestätigt, positiv verstärkt, in Frage gestellt, korrigiert, abgelehnt etc. Umso erstaunlicher ist, dass pflegetheoretische Ansätze nicht als Ressource zur Gestaltung der Pflege und zur Stärkung des professionellen Selbst genutzt werden.

Auf die Bedeutung dieser interpersonalen Beziehungen für die Entwicklung, Weiterentwicklung und Verfeinerung der Kompetenz zur Pflege anderer Menschen und der Ausbildung eines (belastbaren) professionellen Selbst und Selbstkonzepts weisen alle Untersuchungen hin. Für die Behauptung der professionellen Pflege am Ort des Geschehens, d.h. in der unmittelbaren Pflege- und Patientenversorgung, ist der allgemeine Modus der Beziehungsgestaltung, d.h. die Struktur und Art der (Arbeits-)Beziehungen von ausschlaggebender Bedeutung. Sie hat nicht nur Auswirkungen auf die Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung und das, was in dieser Beziehung möglich ist, sie hat

¹³⁴ MacIntosh (2003: 739) geht davon aus, dass die Vermittlung des beschriebenen Prozesses des ‚Überarbeitens der professionellen Identität‘ in der Pflegebildung dazu beitragen kann, dass die Studierenden realistische Erwartungen bezüglich der professionellen Praxis entwickeln und ihre Selbstverantwortung für das erkennen, was ein Professioneller ist und für die von ihnen zu leistenden erforderlichen zukünftigen Anpassungen.

¹³⁵ Hierzu zählen Gregg/Magilvy (2001: 49): (1) aus Arbeitserfahrungen lernen, (2) den Wert der Pflege erkennen, (3) etablieren der eigenen Pflegephilosophie, (4) von der Bildung Einflüsse erhalten, (5) eine Verpflichtung/Bindung gegenüber der Pflege entwickeln, (6) die Pflegekraft in das Selbst integrieren.

auch Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeit pflegerischer Kompetenzen, des professionellen Selbst, des Selbstkonzepts und professioneller Identitäten.

Die referierten Studien¹³⁶ belegen, dass die **organisationale Sozialisation** bei der Wahrnehmung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs der Pflege eine zentrale Rolle spielt und dass sie Folgen für den einzelnen und die Berufsgruppe als Ganzes hat. Dies gilt es im Blick zu behalten, da sich in Deutschland der Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege gegenwärtig auf der Ebene der unmittelbaren Arbeit in einem höchst dynamischen Veränderungsprozess befindet. Angeregt durch das Gutachten ‚*Kooperation und Verantwortung*‘ des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen 2007 ist eine Diskussion über die Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen angestoßen worden. Die Diskussion über die Neuverteilung von Aufgaben erfolgt vor dem Hintergrund einer seit Ende der 1990er Jahre verstärkt einsetzenden Ökonomisierung der Krankenhausarbeit (s. Kap. 1 und 4). Vieles deutet darauf hin, dass dies eine verstärkte Medizinorientierung in der Pflege fördert. Dies spiegelt sich unter anderem in der Definition des sogenannten Kernprozesses der Krankenhausarbeit wider. Hier besteht die Gefahr, dass die Pflege konzeptionell und praktisch erneut einseitig unter die Medizin¹³⁷ subsumiert wird.

Wie die referierten Studien zeigen, ist die Entwicklung professioneller Kompetenzen entscheidend für die Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven der Pflegeführungskräfte wie der Pflegekräfte. Hierfür ist die Artikulation und inhaltliche Bestimmung des pflegerische Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs unabdingbar. Die in dieser Arbeit formulierte pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns bietet für diese Arbeit einen inhaltlichen oder symbolisch-kognitiven Orientierungsrahmen. Der inhaltlich abgesteckte pflegerische Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich bildet den Erwartungshorizont für die zu erreichenden Entwicklungsziele bei der Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve. Dafür ist es notwendig, dessen **Grenzen** und die **Schnittstellen zu anderen Berufen** näher zu bestimmen. Dies ist wichtig für die Herausbildung des professionellen Selbst und Selbstkonzepts. Sie ist eine notwendige Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit mit Anderen und für die Entwicklung der erforderlichen Kompetenzen. Wissen und Kompetenzen sind wichtig für die zu leistende Grenzarbeit und Gestaltung der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen sowie der verschiedenen einzugehenden Beziehungen. Diesen Beziehungen kommt, wie die Ausführungen gezeigt haben, mit 1.) der Statuspassage vom Laien zum Studierenden einer Profession, 2.) der Professionseinmündung, diskutiert als Phase des Übergangs und der damit einhergehenden Statuspassage vom Studierenden zur Professionellen und 3.) der Phase der kontinuierlichen Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve eine herausragende Rolle zu.

¹³⁶ Erfahrungen aus dem Ausland legen nahe, dass bei Reformbemühungen sehr genau geprüft werden muss, was im Zentrum dieser Bemühungen steht. Mit Blick auf den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich geht es u.a. um die Frage, welcher der drei Teilbereiche gestärkt wird. Eine Tendenz scheint zu sein, dass Pflegekräfte ‚mit Leidenschaft Rollen aus dem ärztlichen Bereich adaptieren‘ (s. Cowin/Jacobsson 2003: 21). Ebenso wenig kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgeschätzt werden, ob die Reformbestrebungen so tiefgreifend sein werden, dass das als Mülleimer-Fahrstuhltheorie bezeichnete Phänomen überwunden werden kann.

¹³⁷ Stefan Görres (2010) beschreibt hingegen die ärztliche wie pflegerische Leistung als je eigene Kernkompetenzen. Er betrachtet die derzeit anzutreffende höchst heterogene Spreizung pflegerischer Leistungen in Richtung Verlagerung von Leistungen an Hilfspersonal und als arztersetzen Tätigkeit.

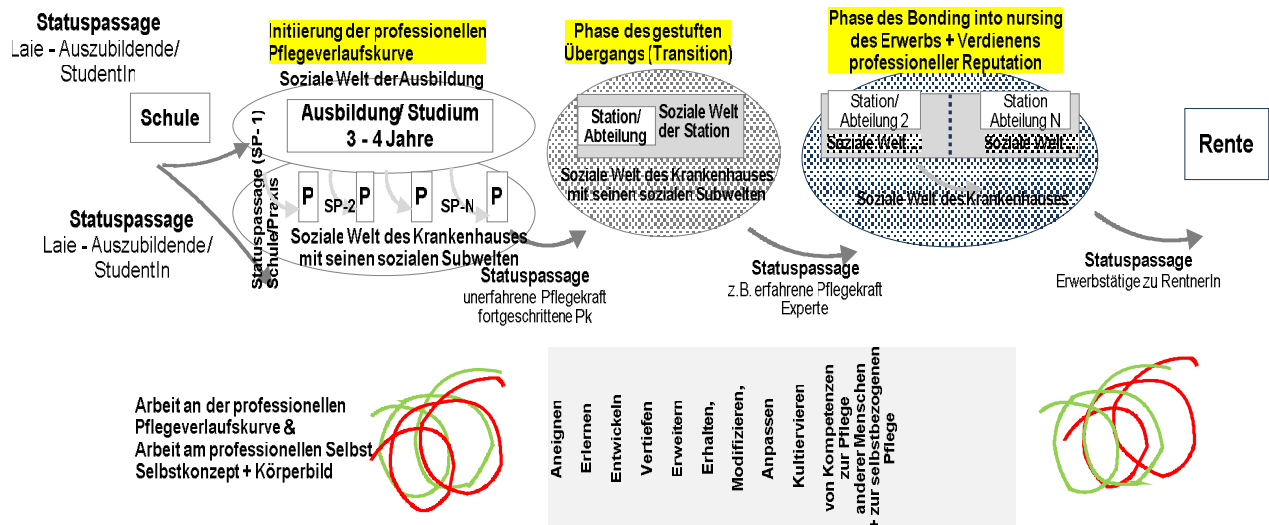


Abb. 9.8. Initiierung und kontinuierliche Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve

9.4 GRENZ- UND ARTIKULATIONSARBEIT ALS WICHTIGE VORAUSSETZUNG FÜR DIE ARBEIT AN DEN PFLEGEVERLAUFSKURVEN UND FÜR DIE KOMPETENZENTWICKLUNG

In den vorherigen Abschnitten wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass die inhaltliche Artikulation des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich eine zentrale Führungsaufgabe ist. Eine wichtige Funktion dieser Arbeit besteht darin, den Erwartungshorizont für Entwicklungsprozesse in der Pflege abzustechen. Hierbei erlaubt die Bezugnahme auf die *pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns*, das eigene Handeln von dem Handeln Anderer abzugrenzen und sich mit ihnen in Beziehung zu setzen. Ausgangspunkt der von den Pflegekräften zu leistenden Arbeit an ihrer eigenen professionellen Pflegeverlaufskurve in einem Netzwerk diverser Beziehungen ist ihre Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven der von ihnen zu pflegenden Menschen und ggf. an den Pflegeverlaufskurven ihrer Bezugspersonen.

Die Identifikation der Pflegekräfte mit dem pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich und dem damit verbundenen Wissenssystem, mit der aktiven Herstellung und Wahrnehmung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs sowie dessen Weiterentwicklung ist Voraussetzung für die in der Beziehung zum zu pflegenden Menschen einzunehmenden situativen Pflegerollen und für eine qualitativ hochstehende Zusammenarbeit im intra- und interprofessionellen Team. Dass dies nicht von selbst geschieht, sondern mit erheblicher Arbeit verbunden ist, zeigen die jüngsten Magnet-Hospital Studien von Marlene Kramer & Claudia Schmalenberg (2008) zum Thema Autonomie und dessen Dimensionen ‚klinische Autonomie‘ und ‚Kontrolle über die Pflegepraxis‘ (organisatorische Autonomie). Laut Kramer/ Schmalenberg (2008: 60) hat kein Wort zu so vielen Missverständnissen, Konfusion und unterschiedlichen Vorstellungen geführt wie ‚Autonomie‘. Sie führen diese Situation auf eine mangelnde Unterscheidung zwischen organisatorischer und klinischer Autonomie zurück (Kramer/Schmalenberg 2008: 58). Beide Dimensionen stehen ihrerseits in enger Beziehung mit dem explizit oder implizit deklarierten und sanktionierten pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich eines Krankenhauses. Unter die Dimension ‚klinische Autonomie‘ wird eigenständiges Handeln im engeren pflegerischen Bereich sowie in den Schnittstellenbereichen oder überlappenden Bereichen mit anderen Berufsgruppen verstanden. In multiprofessionellen Arbeitskontexten kommt dem eigenständigen klinischen Handeln in den überlappenden Bereichen eine herausragende Bedeutung zu. Neben der expliziten Anerkennung des eigenständigen Handelns der Pflegekräfte durch die Führungskräfte, sollten Pflegenden für dieses Han-

deln in positiver Weise zur Rechenschaft¹³⁸ (*positive accountability*) gezogen werden (s. Kramer/Schmalenberg 2004: 45). Kramer/Schmalenberg (2008: 60f) definieren klinische Autonomie auf der Basis von Interviewdaten mit Pflegekräften, Pflegeführungskräften und Ärzten folgendermaßen:

„Autonomie ist die Freiheit, auf der Basis deines Wissens zu tun, was im besten Interesse des Patienten ist. [...] unabhängige bzw. eigenständige Entscheidungen in der Pflegesphäre der Praxis zu treffen und wechselseitig abhängige Entscheidungen in der Sphäre, wo die Pflege sich mit anderen Disziplinen überlappt [...]“

Eine ‚eigenständige Praxis‘ beinhaltet zwei Arten von klinischen Entscheidungen: eigenständige und wechselseitig abhängige Entscheidungen. Diesen Sachverhalt bringen sie mit ihrem Konzept der eigenständigen und der überlappenden Sphäre (*unique/overlapping sphere*) der pflegerischen Praxis zum Ausdruck. Die überlappende Sphäre betrifft den überlappenden Bereich zwischen Pflege und Medizin, aber auch den Bereich zwischen der Pflege und anderen Berufsgruppen (s. Abb. 9.5: 413). Es geht um Entscheidungen, die die pflegerische Versorgung im engeren Sinn betreffen und um Entscheidungen, die die Patientenversorgung im weiteren Sinn betreffen und wo letztere mit Blick auf ein gemeinsames Ziel aus der Perspektive zweier oder mehrerer Berufe betrachtet werden. Ein Verständnis beider Praxisphasen und der entsprechenden Entscheidungstypen ist eine grundlegende Voraussetzung für eine sichere, erfolgreiche (*effective*) Patientenversorgung (s. Kramer/Schmalenberg 2008: 61) und für die zu leistende Kompetenzentwicklung. In einer anderen Studie haben Kramer/Maguire/Schmalenberg et al. (2007a: 43ff) Strukturen erkundet, die die Wahrnehmung der klinischen Autonomie aus der Sicht der von ihnen befragten Experten aus der Pflege, dem Pflegemanagement und der Ärzteschaft fördern. Sie werden an dieser Stelle nur stichwortartig aufgeführt: 1) Neuaushandlung **der Reichweite der Praxis**, 2) administrative/abteilungsbezogene Zustimmung (Billigung/Sanktion), 3) eine zusammenhaltende und unterstützende Kollegenschaft, 4) Vertrauen, Respekt und Unterstützung seitens der Ärzte, 5) Spezialisierung, Fokus und Aufgabe, 6) Unterstützung seitens der PflegemanagerInnen, 7) Fortbildung und evidenzbasierte Maßnahmen, 8) Merkmale seitens der Pflegekräfte wie Erfahrung, Wissen und Klugheit, der Wille bzw. Wunsch nach einer eigenständigen Praxis und der Freude an einer solchen und schließlich 9) die Form der medizinischen Ausbildung und Praxis.

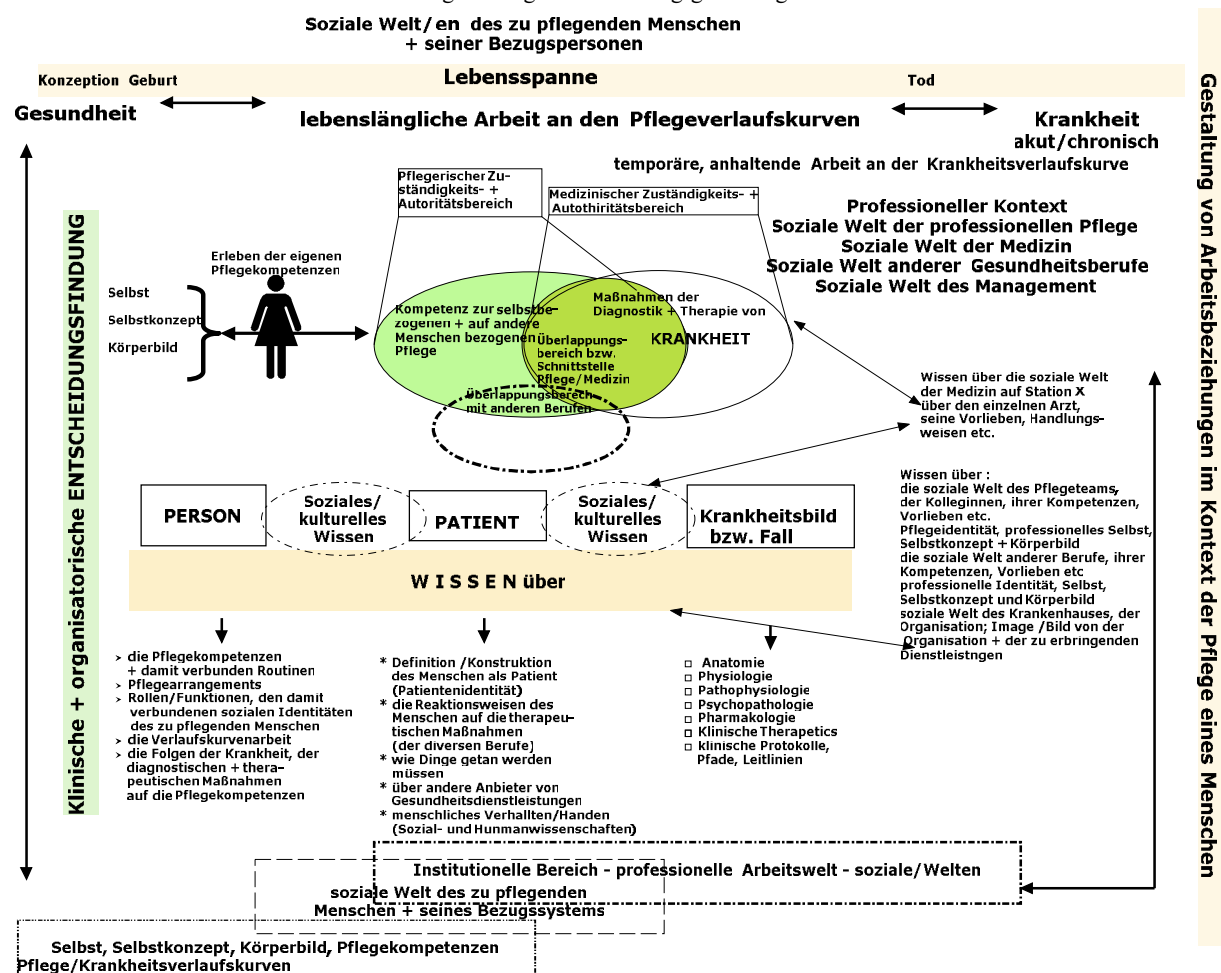
Der erste Punkt, die Neuaushandlung der Reichweite der Praxis, betrifft sowohl den eigenständigen als auch den wechselseitig abhängigen Bereich der Pflege. Vor dem Hintergrund der Definition der ANA und des KrPflG von 2003 verweist der wechselseitige Bereich in Bezug auf die Medizin auf den so genannten abhängigen Bereich bzw. den der Mitwirkung. Konkret bedeutet dieses, dass die Pflegekräfte im Schnittstellenbereich Pflege/Medizin aus einer weisungsgebundenen Position heraus handeln. Auch wenn beide Berufe in einem wechselseitig abhängigen Verhältnis zu einander stehen, ist der Bereich des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs derzeit kein selbstbestimmter. Die bestehende Abhängigkeit voneinander ist nicht **gleich**, sondern, historisch bedingt, trotz des Strebens nach kollegialen Beziehungen nach wie vor **ungleich**¹³⁹. Die wechselseitige Abhängigkeit der Pflege in Bezug auf andere Berufe kann hingegen als eine für beide Seiten gleiche Abhängigkeit beschrieben werden, die aber von beiden Seiten unterschiedlich erlebt und erfahren werden kann (s. Fortune/Fitzgerald 2009). Aus diesem Grund kommt der betrieblichen Bestimmung/Regelung des Schnittstellenbereichs Pflege/Medizin und dessen Sanktion eine strategische Bedeutung für Entwicklungsprozesse in der Pflege zu. Weiter ist in diesem Zusammenhang wichtig, aus welcher inhaltlichen Perspektive bzw. welchen Perspektiven die diversen Schnittstellenbereiche betrachtet, interpretiert und gestaltet werden. Dieses hat Folgen für die Entwicklung und Förderung der klinischen Entscheidungsfin-

¹³⁸ Autonomes Pflegehandeln kann offenbar eingeschränkt werden, wenn dieses nur auf den Pflegebereich im engeren Sinn bezogen wird. Eine andere Beobachtung ist, dass ein hoher Prozentsatz an ANP das eigenständige Handeln des Pflegepersonals negativ beeinflussen kann. Dies könnte etwas mit dem Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der ANP zu tun haben oder an der Interaktion zwischen RN und ANP liegen (s. Kramer/Schmalenberg 2004: 46)

¹³⁹ Im Policy Statement der ANA von 2010 (s. 16) wird professionelle Zusammenarbeit (Kollaboration) betont, die auf verschiedene Art und Weise erfolgen kann.

dung im pflegerischen Bereich und in den überlappenden Bereichen der Pflege und der diversen Gesundheitsberufe. Aus pflegerischer Sicht beinhaltet klinische Entscheidungsfindung zuallererst die Fähigkeit, **Pflege zu denken**, d.h. pflegerische Phänomene und die Beziehung, die zwischen pflegerischen Kompetenzen und der vorliegenden Krankheit besteht, ausgedrückt in den Folgen für die pflegerischen Kompetenzen des zu pflegenden Menschen benennen zu können. Wie in Kap. 8.4.2 angedeutet, hat die medizinische Diagnostik und Behandlung nicht nur Folgen in Bezug auf den Krankheitsstatus eines Menschen, sondern auch Folgen für sein Leben, seine Handlungsfähigkeit und somit für seine Kompetenzen zur auf sich selbst wie auf andere Menschen bezogenen Pflege. Auch das professionelle Handeln der anderen Berufsgruppen muss vor dem Hintergrund der Folgen betrachtet werden, die dieses für das Leben, die Handlungsfähigkeiten und Pflegekompetenzen des zu pflegenden Menschen¹⁴⁰ hat (s. Punkt 9.4.3 und 9.4.4). In der Abbildung 9.9 werden das Handeln der Pflegekraft und die Gestaltung der diversen Arbeitsbeziehungen aus der Perspektive der Theorie des Pflegehandelns dargestellt. Bei der klinischen Entscheidungsfindung und dem daraus folgenden Handeln zeigt sich, wie die Pflegekräfte Gebrauch vom pflegerischen Wissenssystem machen und dieses mit anderen Wissenssystemen in Beziehung setzen.

Abb. 9.9: Kontext der klinischen Entscheidungsfindung und Beziehungsgestaltung



Im oberen Teil der Abbildung wird die in Kap. 8 beschriebene Notwendigkeit der **lebenslänglichen Arbeit an der auf sich selbst und auf andere Menschen bezogenen Pflegeverlaufskurve** angedeutet. Nach dem pragmatistischen

¹⁴⁰ Die Artikulation dieser Folgen und des spezifischen Beitrags der Pflege an der Gesundheitsversorgung sind ein zentraler Gegenstand beim Management der jeweiligen Schnittstellenbereiche.

Handlungsverständnis bedingt diese das professionelle Pflegehandeln. Im Gegensatz zur medizinischen Dienstleistung ist die Pflege lebenslänglich erforderlich, um Gesundheit zu erhalten, wieder zu erlangen oder um Krankheit bewältigen zu können. Die Kompetenz hierzu wird im familialen Zusammenhang erworben. Um diese Kompetenz trotz Krankheit zu erhalten bzw. die damit verbundenen Fähigkeiten zu modifizieren, zu rekonstruieren, zu dehabitualisieren und zu rehabilitieren oder temporär zu kompensieren und zu ersetzen, ist die professionelle Pflege gezwungen, *diese Kompetenz zur selbstbezogenen und auf andere Menschen bezogenen Pflege zum Ausgangspunkt ihres Handelns zu machen.*

Der ‚Zugang zum Anderen‘ (Hülksen-Giesler 2008) erfolgt über die Person, eingebunden in ein Beziehungsnetz. Grundsätzlich ist der ‚Zugang zum Anderen‘ und die gemeinsame ‚Definition der Situation‘ von entscheidender Bedeutung. Das Ergebnis kann unterschiedlich sein, je nachdem ob der zu pflegende Mensch hierbei als **Fall**, als **Patient** oder als **Person** konstruiert wird. Joan Liaschenko und Anastasia Fisher (1999) fassen unter diesen drei Labels verschiedene Wissenstypen¹⁴¹ zusammen, die bei der Definition der Situation und des einzuschlagenden Weges bei den Pflegekräften bewusst oder unbewusst zum Tragen kommen. Die von Liaschenko/Fisher vorgeschlagene Sicht der Wissensnutzung lenkt die Aufmerksamkeit auf die Person des zu Pflegenden, auf seine Kompetenzen in beiden Pflegeformen, auf bestehende Pflegearrangements und auf seine Arbeit an den multiplen Verlaufskurven (personenbezogenes Wissen). Das Wissen über ihn als Patient ist situations- und personenbezogenes Wissen, d.h. es enthält u.a. Reaktionen auf die aktuelle Krankheit, Therapien und Maßnahmen der verschiedenen Berufsgruppen. Es ist ein wichtiger Bezugspunkt für das Fallwissen, d.h. das allgemeine und spezifische Wissen über die Krankheit, über Wirkungsweisen von Medikamenten u.a.m. Alle Wissensformen sind für die Gestaltung der Arbeit an multiplen Verlaufskurven, in die verschiedene Gesundheitsberufe einschließlich des Patienten/seiner Bezugspersonen involviert sind, relevant. Der untere Bereich, der in Abbildung 9.9 den größten Raum einnimmt, verweist auf den professionellen Kontext und auf den pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich, der sich mit dem medizinischen sowie mit dem anderer Gesundheitsberufe überlappt.

Im nächsten Schritt geht es zunächst darum, wie das pflegerische Wissen, die pflegerischen Kompetenzen und Potentiale der einzelnen Pflegekräfte gezielt im Sinne einer aktiven Arbeit an der Pflegeverlaufskurve weiterentwickelt werden können. Dies liegt nicht allein im Verantwortungsbereich einer einzelnen Pflegekraft, sondern auch in dem der Führungskräfte. Zukunftsfähige PPM oder nachhaltige Interventionen der PD müssen dem Umstand Beachtung schenken, dass sowohl das Wissen und die Kompetenzen der Pflegekräfte als auch die Kompetenzen der zu pflegenden Menschen zur eigenen und zur Pflege anderer Menschen die bei der Pflege zu aktivierenden Ressourcen sind (s. auch Reed/Lawrence 2008). Da dem Wissenssystem einer Profession die zentrale Rolle bei der Kompetenzentwicklung zukommt, sollen die handlungsleitende Funktion von Theorien für die von den Führungskräften wie von den Mitarbeitern zu leistende Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve, ihre Rolle bei der Kompetenzentwicklung und bei der Behauptung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich herausgearbeitet werden.

9.4.1 HANDLUNGSLEITENDE FUNKTION VON THEORIEN IN DER PFLEGEPRAXIS

Theorien und pflegetheoretische Ansätze, wie die in Kapitel 8 entfaltete pragmatistisch-interaktionistische Theorie des Pflegehandelns, geben den Pflegekräften eine (Fach-) Sprache bzw. symbolische Objekte, Perspektiven oder auch Handlungsverläufe an die Hand, mittels derer die Pflegepraxis und die pflegerischen Phänomene benannt, interpretiert und die einzuschlagenden Handlungsweisen in Bezug auf ein anvisiertes Ziel ausgewählt werden können

¹⁴¹ Ihre Vorstellungen zu diesen drei Wissenstypen (s. Liaschenko/Fisher 1999: 34) sind in die Abbildung 9.9 eingeflossen und modifiziert worden. Sie beginnen mit dem Fall, danach kommt der Patient, gefolgt von der Person. Das soziale Wissen verbindet Fallwissen mit dem Wissen über den Patienten.

(s. Pkt. 9.3). Als kodifiziertes und Teil des persönlichen Wissens einer Pflegekraft kann es als kognitive Ressource in Pflegesituationen genutzt werden. Es kann sowohl explizit wie implizit sein, auch können Theorien verschiedenen Quellen entstammen und bewusst eingesetzt werden, ihre Nutzung kann aber auch unbewusst bleiben.

Für die Pflegepraxis und für die Herausbildung der Kompetenz zur klinischen Entscheidungsfindung ist wichtig zu verstehen, dass die soziale und die individuelle Bedeutung, die den Theorien im allgemeinen beigemessen wird, zum einen durch die Kontexte geformt wird, in denen sie angeeignet werden und zum anderen durch die Kontexte, in denen sie genutzt werden (s. Eraut 2003: 63, 2007a: 3). Auch wenn, wie Rauner (2006: 17) für die berufliche Bildung feststellt,

„die Frage, welchen Erklärungswert und welche handlungsleitende Qualität [...] fachtheoretisches Wissen in Bezug auf eine konkrete berufliche Handlung hat, bisher kaum geklärt ist“¹⁴²,

wird in der arbeitsplatzbezogenen Bildungsforschung unterstellt, dass Theorien ungeachtet der ihnen zugeschriebenen Rolle die Praxis stillschweigend beeinflussen. Sie sind in den Arbeitsweisen der Pflegekräfte verkörpert. Sie können in der Profession oder vom Team geteilt werden. Es kann sich aber auch um persönliche Theorien einer Pflegekraft handeln, durch die sie sich von anderen zu unterscheiden sucht. Darüber hinaus wird die persönliche Bedeutung von Theorien/Konzepten von der Anzahl der Kontexte geformt, in denen sie genutzt werden (s. Eraut 2003: 63; 2007a: 3f). Nach Reed/Lawrence (2008: 424f) beherrschen in der Pflege gegenwärtig zwei ‚Paradigmen‘ die Diskussion um das **Praxiswissen**. Das eine Paradigma wird von den Vertreterinnen einer evidenz-basierten Praxis vertreten, während das Paradigma des intuitiven Experten auf den Arbeiten von Patricia Benner gründet (s. auch Pkt. 9.4.2). Beide Paradigmen werden als unzureichend für die Beschreibung der Komplexität pflegerischer Praxis erachtet (s. hierzu auch Purkis/Bjornottir 2006). Als Alternative dazu wird das Paradigma des ‚*practice-based knowledge*‘ gesehen, das die zuvor genannten Paradigmen aufgreift und deren Schwächen aufzufangen sucht. Es erkennt praktizierende Pflegekräfte als Produzentinnen von Wissen an und ermöglicht und unterstützt die Wissensproduktion (s. Reed/Lawrence 2008: 425). Ähnlich wie im Ansatz der PD geht es um die Anerkennung der vielfältigen Wissensformen und um die Schaffung von Räumen, die das Gespräch zur Erkundung des Werts und zur Entwicklung einer Vielzahl von Ansätzen der Wissensentwicklung und der Lösung von Problemen ermöglichen. In diesem Kontext werden Theorien als Instrumente der Wissensentwicklung verstanden. Hierbei wird ein weitreichender Theoriebegriff unterstellt. Das Wesen der Pflege verlangt den Pflegekräften neben theoretischem (konzeptuellem) Denken auch das Sprechen über ihr Wissen ab¹⁴³ (Reed/Lawrence 2008: 426). Diesem Paradigma lässt sich auch das pragmatistisch-interaktionistische Wissensverständnis zuordnen, insofern ein handlungsbasierter Wissensbegriff unterstellt und vom Primat der Praxis ausgegangen wird (s. auch Strübing 2007: 127).

Auf der konzeptuellen wie auf der Handlungsebene zieht die Entscheidung für eine aktive Nutzung pflegetheoretischer Ansätze gleich welcher Art Veränderungen nach sich. Sie kann mit einer Verlagerung des Schwerpunkts der Arbeit von Führungskräften in Richtung einer Stärkung der Führungsrolle sowie mit einer Veränderung der Beziehung zwischen Führungskraft und MitarbeiterIn verbunden sein (s. Laurent 2000: 84ff). Die explizite Nutzung von pflegetheoretischen Ansätzen ändert nach Marie Manthey (1991: 29) **die Erwartungen** an die Pflegekräfte. Nicht nur das Verständnis der diversen pflegerischen Erfordernisse eines Patienten kann sich wandeln, sondern auch die Prioritäten der Versorgung. Dies kann mit Folgen für den Ressourceneinsatz verbunden sein und kann die Zusammenar-

¹⁴² Weiter schreibt Rauner (2006: 17), dass schon viel gewonnen ist, wenn nach Kriterien der Plausibilität und Logik ein Zusammenhang hergestellt wird zwischen handlungsleitendem Wissen und beruflichem Können; handlungserklärendem Wissen und Verstehen, handlungsreflektierendem Wissen und der Fähigkeit der Bewertung einer Arbeitshandlung nach Kriterien, mit denen die Gebrauchswertqualität des Ergebnisses quantifiziert und qualifiziert bewertet werden kann.

¹⁴³ In der Fähigkeit, die Pflege artikulieren zu können, wird der qualitative Unterschied zwischen einer professionellen und einer technischen Pflegekraft gesehen.

beit mit anderen Gesundheitsprofessionen nachhaltig verändern¹⁴⁴ (s. hierzu auch Munding 1980, Liaschenko/Fisher 1999). Theorien werden laut Eraut (2003: 61) anhand ihrer Nützlichkeit und Leistungsfähigkeit für das Handeln sowie nach ihrer Anpassungsfähigkeit in Bezug auf die eigenen wahrgenommenen Ziele beurteilt. Ein anderer Punkt ist, ob die Professionellen gelernt haben, diese Theorien zu nutzen (Eraut 2003: 62). Gerade dieser Aspekt des professionellen Lernens ist nicht selten ein Schwachpunkt des Studiums bzw. der Ausbildung. Daraus folgt, dass die Sinnhaftigkeit der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns für die Praxis sich nicht allein auf der abstrakten Ebene beurteilen lässt. Sie kann nur durch ihre Nutzung in der Praxis und durch die Reflexion ihrer Folgen erkannt und erfahren werden. Erst durch den aktiven Gebrauch kann das Verständnis der enthaltenen Konzepte vertieft und erweitert werden, wobei die Konzepte durch die Anpassung an die Erfordernisse der jeweiligen Situation immer wieder de- und rekonstruiert werden. Sie sind dynamisch und nicht statisch.

Ein anderer kritischer Punkt ist, dass Theorien häufig in den personenbezogenen professionellen Gewohnheiten¹⁴⁵ verkörpert sind, die durchaus ohne ein Verständnis ihrer theoretischen Grundlage erlernt worden sein können¹⁴⁶. Das Erkennen der impliziten handlungsleitenden Theorien ist für die professionell Pflegenden außerordentlich wichtig. Ihre Kenntnis hilft, das auf persönlichen Theorien basierende Handeln unter die kritische Kontrolle des eigenen Handelns zu bringen. Kritisches Denken und Reflexion sind die hierfür geeigneten Mittel, auch wenn die Theorien nicht leicht zu artikulieren sind (s. auch Garbett 2004: 167ff, Reed/Lawrence 2008). Sich der dem eigenen Handeln zugrunde liegenden Theorien nicht bewusst zu sein, ist nach Eraut (2003: 62) gleichbedeutend damit, für die Folgen dieser Handlungen nicht verantwortlich zu sein. Implizite Theorien können infolge der unbewussten Ansammlung von Erfahrungen ähnlicher Situationen oder durch die Teilnahme in einer ‚Praxisgemeinschaft‘ entstehen, für die gewisse implizite Theorien ein Teil ihrer selbstverständlichen Welt sind. Implizite Theorien können mit dem Selbst-Image des Wissenden in Konflikt geraten oder mit Theorien, die zur Rechtfertigung des Handelns benutzt werden. Argyris /Schön unterscheiden zwischen einer vertretenen (Handlungs-) Theorie (*espoused*), die oft ideologischer Natur ist und während der Ausbildung/dem Studium angeeignet wurde, und einer handlungsleitenden Theorie (*theory-in-use*), die das aktuelle Tun der Menschen bestimmt.

Neben den persönlichen Theorien als Teil des persönlichen Wissens müssen Führungskräfte auch jenen Theorien Aufmerksamkeit schenken, die als Teil des kulturellen Wissens, das Handeln der einzelnen Menschen in einem Team und in einem Krankenhaus leiten. Es geht um Wissenserzeugung als sozialer Prozess, dessen Ergebnis die Form von kodifiziertem Wissen annehmen kann oder die von geteilten Bedeutungen und eines geteilten Verständnisses (s. Eraut 2008: 405). In der Arbeit spielt darüber hinaus das nicht kodifizierte kulturelle Wissen eine wichtige Rolle. Hierbei wird offenbar allgemein unterstellt, dass ein beachtlicher Teil dieses Wissens informell durch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten erworben wird. Viel von diesem Wissen wird als selbstverständlich vorausgesetzt, so dass den Menschen der Einfluss dieses Wissens auf ihr Verhalten nicht bewusst ist. Neben den vorherrschenden kulturellen Praktiken und Diskursen der verschiedenen Professionen und ihrer Fachdisziplinen durchdringt das kulturelle Wissen in einem Team bzw. einer Organisation die Vorstellungen/Überzeugungen und das Verhalten der Kolleginnen, der Klienten und der allgemeinen Öffentlichkeit (Eraut 2008: 405f). Die Nutzung von Theorien und ihre

¹⁴⁴ Im Sinne einer Konfliktprävention müssen die Rollen und Beziehungen zwischen den einzelnen Professionen neu geklärt werden.

¹⁴⁵ Der Theorietyp, verstanden als professionelle Ideologie, spielt eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung der professionellen Identität. Dieser Typ leitet sich normalerweise aus ethischen Prinzipien ab, die von Philosophen artikuliert wurden und zum Teil aus kulturellen Annahmen über die Rolle einer Profession bestehen, die in einer bestimmten Gesellschaft vorherrschen.

¹⁴⁶ Eraut (2003: 62) fragt, in welchem Sinn von einer verkörpert Theorie gesagt werden [kann], dass ‚sie genutzt‘ wird? Und von welcher Bedeutung ist sie, wenn die PraktikerInnen sich ihrer Bedeutung nicht bewusst sind? Das Problem ist, dass, wenn sich der Kontext oder die Bedingungen ändern, oder eine Integration mit anderen Theorien erforderlich ist, eine explizitere Berücksichtigung verkörperter Theorien notwendig wird.

Reflexion ist ein wichtiger Bestandteil der Kompetenzentwicklung, weil nur so ein vertieftes Verständnis derselben erlangt und die Reichweite der Theorien in unterschiedlichen klinischen Situationen praktisch erfahren werden kann.

9.4.2 KOMPETENZENTWICKLUNG: EIN WICHTIGER ASPEKT DER ARBEIT AN DEN PFLEGEVERLAUFSKURVEN

Professionell Pflegende und Pflegeführungskräfte knüpfen bei ihrer Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven der zu pflegenden Menschen und bei der Arbeit an ihrer eigenen professionellen Pflegeverlaufskurve an das in der Ausbildung bzw. im Studium vermittelte Wissen einschließlich der dabei angeeigneten Kompetenzen an. Wie unter 9.1.1.3 angedeutet, unterscheiden sich Pflegeführungskräfte von den Pflegekräften darin, dass sie aufgrund ihrer Position zwei grundlegend verschiedenen Aufgaben gegenüber verpflichtet sind. Dies betrifft zum einen ihre Management- und Führungsfunktion und zum anderen ihre Zugehörigkeit zu einer klinischen Profession. Beide Bereiche haben in den letzten Jahrzehnten den Prozess der Professionalisierung durchlaufen und greifen auf unterschiedliche, nicht ohne weiteres kompatible Wissenssysteme, Werte und Normen zurück. Bei der von den Pflegeführungskräften in Bezug auf die MitarbeiterInnen und Pflgeteams zu leistenden Entwicklungsarbeit greifen sie auf diese doppelte Wissensbasis und die damit assoziierten Kompetenzen zurück. Hierbei bilden die Station und die von einer Pflegekraft einzugehenden Beziehungen mit dem Patienten und seinem Bezugssystem, mit Kolleginnen und den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe den engeren Kontext der professionellen Praxis. Dieser kommt, Untersuchungen zufolge, für die arbeitsplatznahe personal- und teambezogene Entwicklungsarbeit der Führungskräfte eine herausragende Rolle zu (s. Manley et al 2009, Williams 2010, Broomer/McCormack 2010).

Nach der Ausbildung/dem Studium geht es neben der Weiterentwicklung der erworbenen und aktuellen Kompetenzen einer Pflegekraft vor allem um die Weiterentwicklung des professionellen und persönlichen Leistungsvermögens (Potentials) der MitarbeiterInnen (s. Pkt. 9.3.2.2 und 9.3.2.3, auch Jaspers 2006). Die zwischen professionellem und persönlichem Leistungsvermögen bestehende Beziehung kann nach Eraut auf drei Ebenen betrachtet werden:

- „Die **aktuelle Kompetenz** ist definitionsgemäß **ein Teil des Leistungsvermögens** eines Menschen. Sie kann in der Regel aus der **Arbeitsleistung** abgeleitet werden.
- Die **Reichweite der aktuellen Kompetenz** kann häufig ohne Umstände erweitert werden, wenn das weitere Lernen auf dem **zusätzlichen Leistungsvermögen** aufbaut. Dieses Potential muss aber von den betroffenen Professionellen selbst wie von den Führungskräften erkannt werden.
- Ein Teil des professionellen Leistungsvermögens beinhaltet, dass man im Laufe der Zeit in der Lage ist, **seine Praxis (Handlungsweisen) weiterzuentwickeln und zu transformieren**, um sowohl neues Wissen durch die eigene Praxis zu erzeugen als auch um von anderen zu lernen“ (Eraut 1998: 136).

Werden die Ideen der Bildungsdiskussion auf die professionelle Pflege übertragen, dann sollten die Pflegekräfte grundsätzlich in der Lage sein, die professionsspezifische Versorgung eines Patienten oder einer Gruppe von Patienten eigenverantwortlich zu übernehmen und deren Versorgung auf der **Basis ihres Wissens und ihrer professionellen und persönlichen Kompetenzen** verantwortungsvoll zu steuern. Wie die unter Punkt 9.3.2. diskutierten Untersuchungen anschaulich belegen, unterliegen das Wissen und die Kompetenzen einer Pflegekraft mit dem Eintritt in das Berufsleben und damit in die spezifische Praxis einer Station bzw. Funktionseinheit zwangsläufig einer Transformation¹⁴⁷. In ihrer Arbeit sind die Pflegekräfte wie die Angehörigen anderer Professionen oder die Pflegeführungskräfte unabhängig von formalen Bildungsprozessen Lern- und Entwicklungsprozessen ausgesetzt. Sich ändernde Arbeitsanforderungen, sei es aufgrund einer sich ändernden Patientensituation, sei es aufgrund von organisatorischen, technologischen oder sozialen Veränderungen verlangen ihnen eine kontinuierliche Anpassung ihrer bisherigen Arbeitsweise ab. Bei der Gestaltung dieser ihrer Arbeit innewohnenden Lern- und Entwicklungsprozesse gilt es, die Beziehung

¹⁴⁷ Dies ergibt sich daraus, dass in der professionellen Praxis Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenz nicht nur aus einer ausschließlich professionellen Perspektive betrachtet werden, sondern auch vor dem Hintergrund betrieblicher Vorgaben, in die u.a. wirtschaftliche, rechtliche, soziale und kulturelle Aspekte einfließen.

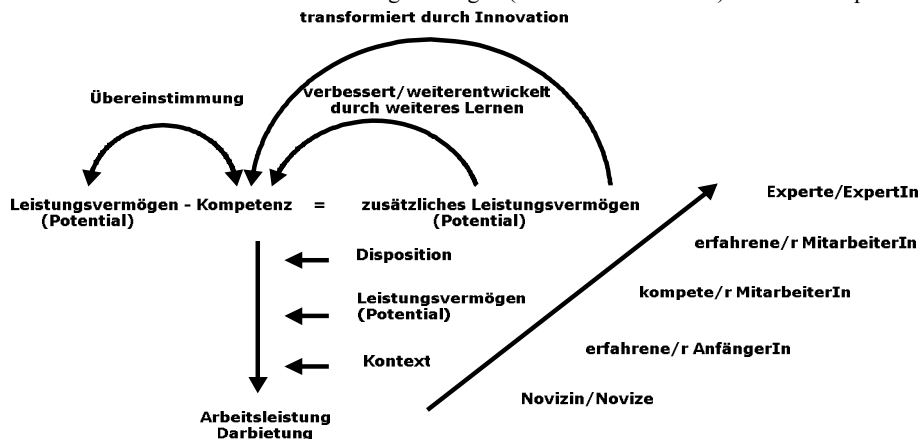
in Rechnung zu stellen, die zwischen der von einem Professionellen allgemein erwarteten professionellen Kompetenz und seinem professionellen und persönlichen Leistungspotenzial besteht. Es handelt sich nicht nur um eine Frage der Bereitschaft der einzelnen Professionellen bzw. einzelner Pflegeführungskräfte zur professionellen und persönlichen Weiterentwicklung, sondern, wie die zitierten und andere Studien belegen, um eine **Frage der konkreten Entwicklungsmöglichkeiten**, die eine Organisation und ein bestimmter Arbeitsplatz bieten. So können bspw. die Entwicklungsmöglichkeiten des Einzelnen durch die Erwartungen der Praxis an den Professionellen/an die Pflegeführungskräfte und durch die Bedingungen der Praxis, d.h. durch die Organisation der Arbeit, die vorherrschenden Arbeitsideologien und -methoden sowie durch den allgemeinen Handlungsspielraum (klinische und organisatorische Autonomie), den die Organisation den Professionellen einräumt, erleichtert oder erschwert werden (s. Eraut 2004, Dahlgren et al 2004, Kramer/Maguire/Schmalenberg 2006, Kramer/Schmalenberg 2008, Schmalenberg/Kramer 2009, Kramer/Schmalenberg/ Maguire et al. 2010, Reed/ Lawrence 2008). Darüber hinaus geht es bei diesen Lern- und Entwicklungsprozessen neben dem Erwerb von **professionsspezifischen Kompetenzen**, immer mehr auch um **professionsübergreifende Kompetenzen** (s. O'Rourke 2006, 2007). In der heutigen Arbeitswelt, in der verschiedene Professionen an und mit einem Patienten arbeiten, ist es im Sinne der zu leistenden Grenzarbeit bei der Behauptung des professionsspezifischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs wichtig, neben dem professionellen Wissen – *knowing in a profession* (z.B. über Theorien, Techniken etc. einer Profession) – , auch über Wissen über die Profession – *knowing about the profession* –, zu verfügen, d.h. über ihre Traditionen und ihre Sicht von einer Profession. Das Verständnis von der eigenen Profession ist laut Dahlgren (2004: 71) vergleichbar mit einem Instrument, das das Bewusstsein für den professionsspezifischen Beitrag bei der Lösung von Problemen fördern und weiterentwickeln hilft.

Bei der zielgerichteten Entwicklung professioneller Kompetenzen wird immer wieder auf das Modell des Kompetenzerwerbs der Brüder Hubert und Stuart Dreyfus (1987) verwiesen. Dieses Modell beschreibt fünf Kompetenzstufen, die ein Professioneller durchlaufen kann, diese sind die Stufe des Neulings, des erfahrenen Anfängers, kompetenten Mitarbeiters, erfahrenen (gewandten) Mitarbeiters und des Experten. Neben diesem Modell von Dreyfus/Dreyfus sind im Bereich der kognitiven Psychologie eine Anzahl weiterer Phasenmodelle des Kompetenzerwerbs entwickelt worden. Diese befassen sich damit, wie Menschen in verschiedenen Professionen die Fähigkeiten eines Experten ausbilden. Sie unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Anzahl der zu durchlaufenden Entwicklungsstufen als auch hinsichtlich der zu entwickelnden Kompetenzen (s. Dall'Alba/Sandberg 2006). Das Modell der Brüder Dreyfus wurde von Patricia Benner (1984) in ihrer Studie *From Novice to Expert* aufgegriffen und in den folgenden Jahren im Rahmen verschiedener Studien (s. Benner/Tanner/Chesla 1996, Benner/Hooper-Kyriakidis/Stannard 1999) weiter überprüft. Benners Ideen haben in den USA u.a. zu vielfältigen Entwicklungen im Bereich der innerbetrieblichen Fortbildung und bei der Entwicklung von PPM angeregt (s. bspw. Haag-Heitman 1999, Curley 2007, Koloroutis 2004, Koloroutis et al. 2010). Auch in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft und Bildungsforschung wird dieses Modell breit rezipiert und kritisch diskutiert (s. Olbrich 1996, Rauner 2006, 2007, Friesacher 2008, Schnell/Schulz 2010). In der genannten Arbeit beschreibt Benner sieben Kompetenzdomänen, denen sie jeweils drei bis acht Kompetenzen zuordnet¹⁴⁸. Von diesen Domänen lassen sich **nur zwei eindeutig dem eigenständigen Bereich der Pflege** (13 Kompetenzen) zuordnen, weitere vier fallen in den Überlappungsbereich Pflege/Medizin (15 Kompetenzen) und eine Domäne ist bereichsübergreifend, d.h. auf die Organisation der Arbeit in Bezug auf den Patienten und auf die Teamfähigkeit und die Funktionsweise des Teams bezogen (3 Kompetenzen). Vor dem Hinter-

¹⁴⁸ Diese Domänen sind: 1. Helfen, 2. Beraten und Betreuen, 3. Diagnostik und Patientenüberwachung, 4. Wirkungsvolles Handeln in Notfällen, 5. Durchführen und Überwachen von Behandlungen, 6. Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung, 7. Organisation und Zusammenarbeit. Werden die einzelnen Kompetenzen innerhalb der sieben Domänen einer kritischen Betrachtung unterzogen, zeigt sich, dass die Kompetenzen in den einzelnen Domänen in erster Linie auf die Krankheit und das Erleben derselben konzentriert sind.

grund der Theorie des Pflegehandelns und der Arbeit an multiplen Verlaufskurven müssen diese Domänen wie auch die einzelnen Kompetenzen einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen werden. Gleichwohl liefern sie durch die Differenzierung zwischen verschiedenen Wissensformen, das theoretische (*Know-that*) und das praktische Wissen (*Know-how*) wichtige Ansatzpunkte für die Entwicklungsarbeit. Bei ersterem handelt es sich um regelgeleitetes Wissen, wohingegen das Know-How erfahrungsgeleitetes Wissen repräsentiert. Benner unterscheidet sechs Dimensionen des praktischen Wissens¹⁴⁹. Sie arbeitet über den Vergleich des praktischen Wissens und Könnens von Pflegekräften auf unterschiedlichen Kompetenzniveaus charakteristische Merkmale einer Pflegexpertin/–eines Pflegeexperten heraus. Benner (1984) sowie Benner/Wrubel (1988) konnten aufzeigen, dass sich die Einschätzung und Bewertung klinischer Situationen von einem Neuling und einem Experten fundamental unterscheiden. Sie gehen Aufgaben unterschiedlich an, lösen Probleme und bewältigen die an sie gestellten Anforderungen anders. Nicht alle Pflegenden erreichen die Stufe eines Experten, noch wird dieses Ziel in allen Kompetenzdomänen gleichermaßen erreicht. Benner interessierte sich insbesondere für die Entwicklung des praktischen Wissens¹⁵⁰. Benner und Kolleginnen haben mit ihren Arbeiten den Blick auf die klinische Pflegepraxis gelenkt und den Weg für klinische Karrierepfade eröffnet¹⁵¹. Ihr Modell kann Führungskräfte dafür sensibilisieren, dass das Leistungsvermögen der MitarbeiterInnen je nach Kompetenzstufe ein anderes ist und dass sich die Angebote, die eine Weiterentwicklung ermöglichen, idealerweise entsprechend der erreichten Kompetenzstufe in bestimmten Domänen unterscheiden sollten. In Abbildung 9.10 wird das Kompetenzstufenmodell mit der Idee des Leistungsvermögens verknüpft.

Abb. 9.10: Zusammenschau von Leistungsvermögen (nach Eraut 1998: 137) und das Kompetenzmodell nach Benner



¹⁴⁹ 1. Sensibilität für feine qualitative Unterschiede (Sensibilität), 2. Gemeinsames Verständnis (Kontextualität), 3. Annahmen, Erwartungen und Einstellungen (Situativität), 4. Paradigmatische Arbeitsaufgaben (Paradigmatizität), 5. Kommunikation in der Praxisgemeinschaft (Kommunikativität), 6. Unvorhergesehene Aufgaben und Metakompetenz (Perspektivität) (s. Rauner 2007: 63ff)

¹⁵⁰ Dieses in einer Profession vorhandene Wissen wird zum einen durch die Erweiterung des praktischen Wissens (Know-How) mittels theoriegeleiteter Untersuchungen und zum anderen durch die systematische Erfassung des bereits bestehenden Know-Hows, das direkt in der praktischen Ausübung der Pflege aneignet wird, erweitert.

¹⁵¹ Bei meinen langjährigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Primären Pflege hat sich das von Patricia Benner (1984) beschriebene Kompetenzmodell als ein wichtiger Orientierungsrahmen für die von Führungskräften zu leistende Entwicklungsarbeit erwiesen. Ausgangspunkt der Arbeit mit dem Kompetenzstufenmodell waren jedoch nicht die von Benner beschriebenen Domänen, sondern die im KrPflG beschriebenen Ausbildungsziele bzw. die jeweiligen Berufsprofile der einzelnen Gesundheitsprofessionen. Anhand des Kompetenzstufenmodells wurde eine sogenannte Kompetenzspinne erarbeitet, die bei Mitarbeitergesprächen in Form der Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung herangezogen werden kann. Auf diese Weise Mitarbeitergespräche zu strukturieren, ist von den Führungskräften in Hamburg und Bozen als hilfreich und die eigene Arbeit unterstützend empfunden worden (s. auch Schütz-Pazzini 2007: 230f).

Inzwischen liegen Studien vor, die sich kritisch mit den Kompetenzstufenmodellen von Dreyfus/Dreyfus und Benner befassen (Eraut 1994, Eraut/Hirsh 2007, Dall’Alba/ Sandberg 2006, Purkis/Bjomsdottir 2006¹⁵²). Nach Eraut (1994), auf den sich u.a. der im angelsächsischen Bereich ausgebildete forschungsgestützte und praxisorientierte Ansatz der PD bezieht, besteht ein Schwachpunkt des Kompetenzmodells der Brüder Dreyfus und desjenigen von Benner in dem individualistischen, eher bewahrenden Ansatz. Das Modell berücksichtigt zu wenig die sich stetig ändernden Bedingungen professioneller Arbeit (Eraut /Hirsh 2007: 14). Ein anderer Kritikpunkt zielt vor allem auf die mangelnde Klarheit darüber ab, was genau entwickelt werden soll und worin konkret eine fachkundige bzw. Experten-Praxis besteht¹⁵³. In der Expertenforschung hat der Begriff ‚Experte‘ nicht nur eine unterschiedliche Bedeutung, sondern es werden auch unterschiedliche Aspekte des Expertentums untersucht (s. Jaspers 1994, Eraut 2005). Eine intensive Auseinandersetzung mit Benners Expertenbegriff und dessen Bedeutung für die Pflege, mit den Erkenntnissen der Expertenforschung und damit, wie die Entwicklung in Richtung Expertentum gefördert werden kann, erfolgt im Rahmen des Ansatzes der PD (s. hierzu Manley et al. 2005, Titchen / Hardy 2009: 62f)¹⁵⁴. Nach Titchen/Hardy (2009) besteht der Kern, das Wesen oder der Gipfel von Expertise in jedem Feld der Pflegepraxis in der Fähigkeit des Vereinens, des Ineinanderfügens, des Verbindens, des Zusammenspiels, des Synergetisierens, des Synchronisierens und des Ausbalancierens

- von theoretischem Wissen, praktischem know-how und persönlichem Wissen
- im Bemerken/Erkennen, in einem reifen und praktizierten Verständnis und Handeln
- von intuitivem und rationalem Denken/Urteilen
- von theoretischen und praktischen Überlegungen und in einem wahrgenommenen Gespür für Unterschiede und Gemeinsamkeiten
- im Sehen der Teile und des Ganzen und sich zwischen beiden bewegen
- in der Förderung der Integration von Körper und Person
- von organisatorischen und persönlichen Werten
- in einer reifen emotionalen Intelligenz
- im therapeutischen Gebrauch des Selbst (moralische Handlungsfähigkeit“ (Titchen/Hardy 2009: 65f).

Mit Blick auf die zu gestaltenden Entwicklungsprozesse ist die Differenzierung des Expertenbegriffs von Bereiter/Scardamalia (1993, zitiert in Eraut 2005: 177) in **‚Experten‘**, **‚erfahrenen Nichtexperten‘** und **‚Routineexperten‘** hilfreich. Sie sagen, dass Experten sich an den wachsenden Rändern ihrer Kompetenzen (*growing edges*) entwickeln. Sie lösen Probleme, die ihre Expertise erhöhen und ihr Verständnis vertiefen. Expertise ist nicht etwas was man erreicht und dann für immer hat, sondern sie muss als etwas Prozesshaftes verstanden werden. Nichtexperten gehen Probleme so an, dass sie weder daran wachsen noch sich weiterentwickeln. Erfahrene Nichtexperten hingegen arbeiten in einem Umfeld, das zwar Wachstum fördert, das aber in vertrauten Routinen stecken bleibt, was Eraut (2005: 177) als ein Steckenbleiben auf dem Niveau des Erfahrenen (Gewandten) nach dem Kompetenzstufenmodell beschreibt. Bei der Weiterentwicklung zu einem Experten haben die kritische Analyse, die Fähigkeit, vielfältige Schemata/ Repräsentationen von komplexen Problemen zu entwickeln, und die Fähigkeit, mit Patienten und anderen Professionen mit unterschiedlicher Expertise zu arbeiten, den Vorrang. Die Kultivierung einer solchen Expertise erfordert ein Lernumfeld, das sich deutlich von dem unterscheidet, das ein erfahrener Mitarbeiter benötigt. Ein anderer

¹⁵² Purkis/Bjomsdottir (2006: 250f) kritisieren insbesondere den einseitigen Fokus auf das Wissen der Pflegekraft und dass dieses Wissen nicht anhand von Patienteninterviews validiert wird. Weiter machen sie deutlich, dass die Pflegepraxis durch Wissen aktiviert wird und dass diese Praxis je nach zugrundeliegendem Wissens-Bezugsrahmen andere Formen annehmen kann (s. auch Reed/Lawrence 2008)

¹⁵³ Ein Experte zu werden bedeutet neben Lernen auch Sozialisation (s. Eraut 2005: 173). Weiter wird der Expertenbegriff heutzutage nicht mehr nur in Zusammenhang mit beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten verwendet, sondern auch in Bezug auf chronisch kranke Patienten (s. Eraut 2005: 174, Kap. 8.4.2).

¹⁵⁴ Nach Titchen/Hardy (2009: 62f) ist professionelle Kunstfertigkeit (*artistry*) das Markenzeichen professioneller Expertise. Sie betonen, dass Expertise in Bezug auf das Verhältnis von theoretischem und praktischem Wissen ein wesentlich komplexeres Phänomen ist als von Benner beschrieben.

Kritikpunkt ist der kognitive Bias der Expertenliteratur. Hakkarainen et al. (2004, zitiert in Eraut 2005: 178) versuchen Evidenz für individuelle und soziale Aspekte des Expertentums zu finden und eine Analyse der Beziehungen zwischen diesen Ebenen vorzulegen. Sie legen ihren Fokus auf eine ‚vernetzte Expertise‘ (*networked expertise*), wonunter sie ein höheres Niveau kognitiver Kompetenz verstehen, die in angemessenen Umfeldern durch die kollaborativen Bemühungen, Probleme zu lösen und Wissen zu bilden, entsteht. Sie fanden in ihren Forschungen zwei Schlüsselprinzipien heraus: den relationalen Charakter der Expertise und die Koordination von individuellen und sozialen Kompetenzen. Die Erkenntnisse von Eraut und MitarbeiterInnen untermauern aus einer professionsübergreifenden Sicht die im PD-Ansatz gewonnenen Erkenntnisse.

Trotz aller Kritik hilft die im Kompetenzmodell getroffene klare Unterscheidung zwischen einem *ausgebildeten* und einem *erfahrenen* Mitarbeiter Kenntnisse über Leistungen und Grenzen *des praktischen* oder auch *stillschweigenden Wissens* (*tacit knowledge*¹⁵⁵) zu erlangen und zu verstehen, welche Rolle diesem in der Arbeit der Professionellen zukommt (s. Eraut 1994, Eraut/Hirsh 2007). Diese Kenntnis ist für Veränderungsprozesse wichtig, da diese in der Regel mit einem *Verlernen bisheriger* und dem *Erlernen neuer Vorgehensweisen* einhergehen¹⁵⁶. Im Kompetenzstufenmodell erfolgt eine Annäherung an professionelles Handeln dadurch, dass das *situative Verstehen*, das *Routinehandeln* und die *Entscheidungsfindung* als miteinander zusammenhängend gesehen werden. So werden beispielsweise die expliziten Regeln und Leitlinien, die für einen Anfänger zu Beginn seines Berufslebens wichtig sind, zu einem späteren Zeitpunkt, wo das Verhalten automatischer abläuft, weggelassen. Der Gebrauch des Modus des bewussten Erkennens und Wahrnehmens¹⁵⁷ erreicht seinen Höhepunkt auf der Stufe des/der kompetenten Mitarbeiters/Mitarbeiterin. Stillschweigendes Wissen erscheint in drei unterschiedlichen Formen:

- *Situatives Verständnis* wird innerhalb aller fünf Phasen des Kompetenzerwerbs entwickelt; es basiert größtenteils auf Erfahrung, die Reichweite erweitert sich graduell und es bleibt im Wesentlichen still.
- *Steigende intuitive Entscheidungsfindung*, die auf Mustererkennung beruht, aber auch auf schnelle Reaktionen in Bezug auf sich entwickelnde Situationen und die auf stillschweigendem Wissen, d.h. auf einer Anwendung von stillschweigenden Regeln beruht.
- *Routineprozeduren*, die bis zur Stufe des/der kompetenten Mitarbeiters/Mitarbeiterin entwickelt werden, um die Anforderungen der Arbeit zu bewältigen, ohne an Informationsüberlastung zu leiden. Hiervon haben sich einige wahrscheinlich aus explizit prozeduralem Wissen entwickelt, bevor sie automatisiert und infolge von Wiederholungen zunehmend stillschweigend wurden mit einer damit einhergehenden Zunahme an Geschwindigkeit und Leistungsfähigkeit (s. Eraut 2005: 177, Eraut/Hirsh 2007: 14).

Eraut (2007a: 4) lenkt den Blick auf die Lernprozesse, die für die Nutzung der pragmatistischen Theorie des Pflegehandelns und für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven von Bedeutung sind, wenn diese aus dem *Lernsetting* in das *Praxissetting* transferiert wird. Dieser Transfer geht aufgrund der Komplexität von Arbeitsweisen mit der Integration verschiedener Wissensformen und Fähigkeiten und deren ggf. erforderlichen Anpassungen an neue Situationen einher. Er unterscheidet fünf Phasen des Transferprozesses, von denen einige kombiniert werden können:

1. „Die Extrahierung des potenziell relevanten Wissens aus dem Kontext seiner Aneignung und des vorherigen Gebrauchs

¹⁵⁵ Der Begriff ‚*tacit knowlege*‘ geht auf Michael Polany zurück. Er hat inzwischen verschiedene Bedeutungen angenommen, weshalb es wichtig ist, ihn näher zu spezifizieren (s. ausführlich Neuweg 1998).

¹⁵⁶ Geraldine Macdonald (2002) beschreibt anhand eines persönlichen Beispiels, welche intellektuelle und emotionale Arbeit ihr der Prozess des Verlernens einer bisher als ‚zuverlässig erfahrenen Pflegepraxis‘ abverlangte, bevor ihr das Neu-Erlernen neuer pflegerischer Handlungsweisen in Gestalt neuer Leitlinien möglich wurde. Sie hebt insbesondere die Notwendigkeit des Verlernens hervor. In diesem Prozess ist es notwendig, über die eigenen, mit der alten Praxis verbundenen Gefühle und Gedanken zu reflektieren, um das Alte oder Vertraute loslassen und den damit verbundenen Verlust verarbeiten zu können. Ein solcher Prozess beinhaltet individuelle wie kollektive Veränderungen. Aus diesem Grund sei es wichtig ‚Lerngemeinschaften‘ zu fördern, in denen das Verlernen und Neulernen unterstützt wird.

¹⁵⁷ Eraut unterscheiden drei Formen der Kognition (des Erkennens/Wahrnehmens): sofort/reflexhaft, schnell/intuitiv, bewusst/analytisch.

2. Verständnis der neuen Situation, ein Prozess, der häufig vom informalen Lernen abhängt
3. Erkennen, welches Wissen und welche Fertigkeiten/Fähigkeiten für die neue Situation relevant sind
4. Interpretation und/oder Transformation des Wissens und der Fertigkeiten/Fähigkeiten, so dass sie zu der neuen Situation bzw. Kontext passen
5. Integration der relevanten Aspekte des Wissens und der Fertigkeiten/Fähigkeiten, um in der neuen Situation denken/handeln/kommunizieren zu können“ (s. Eraut 2008: 14).

Kritisch ist, dass das bei diesem Transferprozess erforderliche Lernen selten Anerkennung findet und ihm wenig Raum in der professionellen Ausbildung gegeben wird (Eraut 2007a: 4). In Anlehnung an Salomon/Perkins unterscheidet Eraut (2010: 5) zwischen einem vorwärts und einem rückwärts gerichteten Transfer. Genau an dieser Stelle müssen Pflegeführungskräfte bei der Unterstützung von Entwicklungsprozessen im Rahmen der Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven ansetzen. Hierbei kann der Wechsel von einer Konzentration auf Kompetenzen hin zu einem Fokus auf Lernverlaufskurven, wie ihn Eraut und Mitarbeiterinnen mit Blick auf die Idee des ‚Lebenslangen Lernens‘ vollzogen haben, hilfreich sein. Sie haben eine Typologie von Lernverlaufskurven entwickelt, in der das zu Lernende unter acht Oberbegriffen zusammengefasst wird: (1) Aufgabendurchführung, (2) Rollenwahrnehmung, (3) Bewusstsein und Verständnis, (4) akademisches Wissen und Fertigkeiten/Fähigkeiten, (5) persönliche Entwicklung, (6) Entscheidungsfindung und Problemlösung, (7) Teamarbeit und (8) Urteilsvermögen. Das Konzept der Lernverlaufskurve ist für das Verständnis der Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve und an den bei der Pflege eines Menschen zum Tragen kommenden Arbeitsformen interessant. Es befasst sich mit dem, was als Entwicklung beim Handeln, d.h. in der Ausführung (in der Darstellung) gesehen wird. Es lenkt den Blick sowohl auf das Wissen wie auf das beobachtbare Handeln (die Performanz), auf den Gesamtkontext des Handelns, auf den Zweck desselben und auf den dafür vorgesehenen Zeitraum (s. Eraut/Hirsh 2007a: 12). Das Konzept der Lernverlaufskurven erlaubt, mögliche unterschiedliche Verlaufsformen, Kontinuitäten und Wandlungen zu beschreiben wie expliziten oder impliziten Fortschritt, unterdrückten (abgedrosselten) Fortschritt oder Regression aufgrund mangelnder Nutzung (s. Eraut 2007a: 6).

In ihren Studien über die Entwicklungsprozesse von Angehörigen verschiedener Professionen (Ingenieure, Wirtschaftsprüfer (*accountants*) und Krankenpflegepersonen) zu Beginn (*early-career study*) und während der mittleren Phase ihrer professionellen Karriere (*mid-career study*) fanden Eraut et al. (2004), Eraut (2000, 2004) heraus, dass ein Großteil des Lernens am Arbeitsplatz aus **informellem Lernen** besteht. Diese Erkenntnisse sind für die praktische Führungsarbeit von außerordentlicher Bedeutung. Eraut entwickelte aus lerntheoretischer Sicht und auf der Basis seiner Forschungsarbeiten Vorstellungen zum arbeitsplatzbezogenen Lernen, bei denen nicht nur der **Einzelne**, sondern vor allem **das Team, die Führungskräfte** und die jeweilige **Organisation** eine wichtige Rolle spielen. Eraut und Mitarbeiterinnen unterscheiden drei verschiedene Formen des informellen Lernens: implizites, reaktives und bewusstes Lernen. Dieses Lernen wird in verschiedenen Situationen ausgelöst, etwa bei der Suche nach Rat, durch Zusammenarbeit im und außerhalb des Teams und durch die Herausforderungen der Arbeit selbst. Weiter unterscheiden Eraut/Hirsh (2007: 25) drei Bereiche, in denen Lernen stattfindet:

1. Arbeitsprozesse, bei denen Lernen ein Nebenprodukt ist
2. Lernaktivitäten, welche in der Arbeit angesiedelt sind
3. Lernprozesse innerhalb der Arbeit oder nahe dem Arbeitsplatz, deren primäres Ziel das Lernen ist.

Führungskräfte können das **informelle Lernen** am Arbeitsplatz beeinflussen. Damit sie das bewusst tun können, müssen sie jedoch den Zusammenhang verstehen, der zwischen dem so genannten theoretischen Wissen (*know-that*) und dem praktischen Wissen (*know-how*) besteht. Nach der in Tabelle 9.6 dargestellten Typologie des informellen Lernens muss dem bewussten Lernen bei den Entwicklungsprozessen am Arbeitsplatz Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Tab. 9.4: Eine Typologie des informellen Lernens nach Eraut (2007a: 9)

Zeit des Stimulus	Implizites Lernen	Reaktives Lernen	Bewusstes Lernen
Vergangene Episode(n)	Implizite Verknüpfung zurückliegender Erinnerungen mit der aktuellen Erfahrung	Kurz <i>zeitnahe-spontane Reflexion</i> über vergangene Episoden, Kommunikationen, Ereignisse, Erfahrungen	Diskussion und Überprüfen/Untersuchen von vergangenen Handlungen, Kommunikationen, Ereignissen, Erfahrungen. Eine eher systematische Reflexion
Aktuelle Erfahrung	Ein Auswahl von Erfahrungen tritt in die Erfahrung ein	Zufälliges/beiläufiges Bemerkungen von Fakten, Meinungen, Eindrücken, Vorstellungen <i>Erkennen des Lernens</i>	Engagement bei/in der Entscheidungsfindung, Problemlösung, dem geplanten informellen Lernen
Zukünftiges Verhalten (Handeln)	Unbewusste Auswirkungen vorheriger Erfahrungen	Auf sich <i>entwickelnde</i> Lernmöglichkeiten vorbereitend sein	Geplante Lernziele Geplante Lernmöglichkeiten

Dies wird besonders deutlich, wenn man das Zusammenspiel von Zeit, Erkenntnisformen und verschiedenen Prozessen in Rechnung stellt, das Eraut anhand von vier Schlüsselaspekten aufzeigt. Hierbei handelt es sich

- um die Einschätzung von Klienten und/oder von Situationen sowie die kontinuierliche Überwachung des Zustandes
- um die Entscheidung was getan und welche Handlung eingeschlagen werden soll, sei es im Augenblick oder über längere Zeiträume
- um die Verfolgung eines bestimmten Handlungsverlaufs, dessen Modifizierung, Beratung und ggf. erforderliche Neueinschätzung
- um die metakognitive Überwachung (Denken über das Denken) von einem selbst, von Menschen, die Aufmerksamkeit benötigen, sowie der allgemeinen Entwicklung eines Falls, eines Projekts oder einer Situation (s. Eraut 2008: 6).

Tab. 9.5: Interaktion zwischen Zeit, Erkenntnisform und Prozessart (nach Eraut 2007b: 407)

Prozessart	Modi der Erkenntnis/Wahrnehmung/Kognition		
	Sofort-unmittelbar /Reflex	Schnell/intuitiv	Bewusst-reflektiert/ analytisch
Einschätzung der Situation	Erkennen von Mustern	Schnelle Interpretation, sofortige Kommunikation	anhaltende Diagnose, Klärung, Diskussion und Analyse
Entscheidungsfindung	Unmittelbare Reaktion	Geschärftes Erkennen oder intuitiv	Bewusste/reflektierte Diskussion
Sichtbare Handlungen	Routinisiertes Handeln	Unterbrochene Routine durch schnelle Entscheidung	Geplante Handlungen mit periodischer Klärung des Fortschritts/Verlaufs
Metakognitives Engagement	Situative Bewusstheit	Implizite Überwachung / Beobachtung, kurz, reaktive Reflektion	Überwachen/beobachten der Gedanken und Handlungen, reflektiertes Lernen, Gruppenevaluation

Grundsätzlich kann professionelles Handeln auf individueller Ebene oder als Teil des Handelns in einer Gruppe erfolgen. Je nach Kontext, Situation, verfügbarer Zeit und der Art des Fachwissens und persönlichen Wissens kann es unterschiedliche Formen annehmen und für den zu versorgenden Menschen von unterschiedlicher Qualität sein.

Ein anderer bisher unterschätzter Aspekt bei der Entwicklung einer professionellen Expertise ist die Bedeutung, die der Herausbildung sogenannter (Arbeits-)Routinen oder auch Gewohnheiten¹⁵⁸ zukommt. Deren größter Nutzen ist in der Reduzierung der *kognitiven Last* zu sehen, die dem Professionellen erlaubt, der *eigentlichen Situation mehr Aufmerksamkeit zu widmen* oder mit *Kollegen bzw. Klienten zu kommunizieren*, was den Einzelnen produktiver und leistungsfähiger macht (Eraut/Hirsh 2007: 21). Auch wenn in der ‚Expertisenforschung‘ das Praxiswissen eine

¹⁵⁸ Zur Bedeutung von Routinen/Gewohnheiten, s. Kap. 3 und 8.

zentrale Rolle spielt, wird der Schwerpunkt auf den so genannten ‚critical incidence‘ (s. Benner et al 1996, 1999) und weniger auf das professionelle Alltagshandeln gelegt, das Gegenstand des Ansatzes der PD ist. Nach Titchen/Hardy (2009: 58) sollten Pflegeführungskräfte ihren Blick sowohl auf die **alltägliche Praxis** wie auf herausragende Situationen unterschiedlichster Art richten. Hierbei kann die von Eraut (2007) entwickelte Typologie des informellen Lernens hilfreich sein, die sich gut mit dem Handlungsmodell Meads, dessen Zeitverständnis und mit dem Konzept der Verlaufskurve verknüpfen lässt. Ein kritischer Punkt bei in der Arbeit ausgebildeten Gewohnheiten ist, dass nicht jeder die Gelegenheit wahrnimmt, seine eigene Praxis zu bewerten. Ein anderer problematischer Aspekt besteht darin, dass es in vielen Fällen schwierig ist, Routinen aus der Praxis, in die sie eingebettet sind, so zu entwirren, dass sie beschrieben oder bewertet werden können. Das Vertrackte an Routinen/Gewohnheiten ist, dass mit ihrer Beschreibung und Bewertung die Gefahr besteht, dass sich ihre Nützlichkeit reduziert. Diese besteht darin, dass man sich auf sie verlassen kann und über sie nicht nachdenken muss (s. Eraut/Hirsh 2007: 21). Eine andere Situation liegt vor, wenn Routinen nicht aus gesteigertem Können abgeleitet werden, sondern aus Copingmechanismen, die ohne Berücksichtigung der Qualität zur Bewältigung der Arbeitslast entwickelt wurden. Ihr Nachteil ist die fehlende Flexibilität. Nach Eraut/Hirsh (2007: 21) sind Routinen schwer zu verändern, nicht nur weil dies eine negative Bewertung der vorherigen Praxis impliziert, sondern auch, weil solche Veränderungen immer mit einer **Periode der Desorientierung** einhergehen, in der alte Routinen verlernt und neue schrittweise entwickelt werden müssen. Während dieser Zeit fühlen sich die Praktiker wie Novizen, ohne sich dafür entschuldigen zu können. Der Schmerz der Veränderung liegt im **Verlust der Kontrolle** über die eigene Praxis, wenn das stillschweigende Wissen nicht mehr die notwendige Unterstützung bietet und der emotionale Aufruhr die eigene Motivation reduziert. Folglich wird Zeit benötigt sowie eine entsprechende Unterstützung. Die geforderten Veränderungen betreffen die personale und professionelle Identität sowie das professionelle Selbstkonzept. Bei einer Veränderung von Routinen stehen all diese Dinge zur Disposition, wenn die einzelne Person in ihrem Kern berührt wird und sich berühren lassen muss, damit nachhaltige Veränderungen greifen.

Umso wichtiger ist es zu verstehen, dass die Lernmöglichkeiten des Einzelnen von der **Organisation der Arbeit** wie von **guten Beziehungen** innerhalb und außerhalb des Teams abhängen. Diese Erkenntnisse werden durch die bisher vorliegenden Erfahrungen mit der Praxisentwicklung gestützt. Hiernach bedarf es zur Ausbildung einer Praxis-Expertise so genannter **ermöglichender Faktoren** (s. Pkt. 9.1.1.2). Wichtige Faktoren, die das **Lernen am Arbeitsplatz** beeinflussen, sind das **Vertrauen in die Professionellen** einerseits und andererseits die **Rolle, die die Führungskräfte** bei der Unterstützung des Lernens wahrnehmen. Vertrauen, Herausforderungen und eine gefühlte Unterstützung sind für das Lernen wichtig. Hierauf können Führungskräfte durch ihr Handeln positiv einwirken, indem sie ein Lernklima schaffen, das die Mitarbeiter ermutigt, Verantwortung zu übernehmen, Vertrauen fördert und die erforderliche Unterstützung gewährt (s. auch Hirsh et al 2004, O’Rourke 2007, Schoessler/Farish 2007, Williams 2010).

Untersuchungen zum arbeitsplatzbezogenen Lernen zeigen, dass das Wissen der Führungskräfte um ihre Rolle und ihre Kenntnisse darüber, wie sie Entwicklungsprozesse auf individueller und teambezogener Ebene anstoßen und gestalten können, wenig ausgeprägt und eher entwicklungsbedürftig ist (s. Eraut/Hirsh 2007, Silverman 2004, s. auch Pkt. 9.1.1.3). Nach Eraut (2008: 27) ist die Rolle der Stationsleitungen bei der Unterstützung des Lernens eine recht komplexe. Sie beinhaltet die Identifikation von Fähigkeiten/Fertigkeiten und des Lernbedarfs der einzelnen Mitarbeiter und des Teams in Bezug auf die zu erreichenden **Outcomes**. Es geht um Bildungsplanung und -angebote im weitesten Sinn, um die Umsetzung von Angeboten (inkl. Coaching) und um die Evaluation der Lernerfolge (**outcomes**). Mit den Worten von Spivak/Smith/Logsdon (2011) müssen Führungskräfte wissen, wie sie Pflegekräfte **zu klinischen Experten entwickeln können**, wie sie **sie halten können** und wann sie **sie gehen lassen sollten**. Weiter sollten sie dafür Sorge tragen, dass die Mitarbeiterinnen die Autorität haben, das Gelernte in die Praxis umzusetzen, um so

Veränderungen herbeizuführen. In diesem Sinn würden die Stationsleitungen die Mitarbeiterinnen befähigen bzw. ermächtigen, den Wandel selbst in die Hand zu nehmen (s. Williams (2010: 630)). Auch im Rahmen der Diskussion über PD und PPM wird die Bedeutung, die den Führungskräfte bei der Entwicklung einer professionellen Expertise zukommt, immer wieder betont. Als wichtige Faktoren werden genannt:

1. Rollenklarheit und professionelle Identität
2. Entwicklung von Kompetenzen auf individueller Ebene und/oder auf der Ebene des Teams
3. interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Frage, wie diese Zusammenarbeit effektiv und leistungsfähig gestaltet werden kann.

Die von einer Pflegekraft zu leistende Arbeit an den multiplen Verlaufskurven (an den Pflege-, Krankheitsverlaufskurven und am Selbst) des zu pflegenden Menschen, erfolgt in einem Netzwerk von Beziehungen (s. Kap. 8) und in einem Umfeld aus verschiedenen sozialen Welten/Arenen mit unterschiedlichen Interessen und Wissensperspektiven. In diesem Kontext müssen die Pflegekräfte lernen, den pflegerischen Standpunkt in den von ihnen einzugehenden Arbeitsbeziehungen offensiv zu behaupten.

9.4.3 DIE PFLEGEKRAFT-PATIENT-BEZIEHUNG AM BEISPIEL DER KLINISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG UND DER GESTALTUNG VON BEZIEHUNGEN

Ausgangspunkt der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns ist der zu pflegende Mensch und seine Kompetenzen in den beiden Formen des Pflegehandelns und/oder diejenigen seiner Bezugspersonen. Da die Pflege ein kollaboratives Handeln ist, muss die klinische Entscheidungsfindung nach der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns ebenfalls als kollaborative Entscheidungsfindung (CDM¹⁵⁹) verstanden werden. Hierbei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Pflege immer in einem Netzwerk von Beziehungen erfolgt, was in Kapitel 8 mit dem Begriff des ‚erweiterten Einzelfalls‘ umschrieben wurde. Danach muss die Pflegekraft bei der Pflege eines Menschen zum einen das engere/weitere pflegerische Beziehungsnetz des zu pflegenden Menschen in ihr Handeln mit einbeziehen, zum anderen muss sie all die Arbeitsbeziehungen im Blick haben, die sie im Rahmen der Pflege des Patienten mit anderen Pflegekräften und Berufsgruppen eingeht. In diesem engeren oder weiteren Beziehungsnetz kann sie ihre Fähigkeiten zur Pflege anderer Menschen voll und ganz unter Beweis stellen, hier zeigt sie, inwieweit sie in der Lage ist, an die Fähigkeit des Patienten zur eigenen Pflege und ggf. der anderer Menschen anzuknüpfen. Eine wichtige Voraussetzung hierzu sind hinreichende Kenntnisse darüber, wie der Patient die Arbeit an seiner selbstbezogenen Pflegeverlaufskurve gestaltet, über welche Kompetenzen und welches Wissen er in den beiden Pflegeformen verfügt, in welchen Bereichen und in welchem Umfang er bzw. sie hierbei Unterstützung benötigt. Die Pflegekraft muss eine Vorstellung davon gewinnen, welche Werte das Handeln des zu pflegenden Menschen leiten. In der Beziehung zum Patienten zeigt die Pflegekraft, ob sie ihr Wissen über den zu pflegenden Menschen mit ihrem professionellen Wissen in Form von Theorien, Konzepten, Grundsätzen, mit ihren Eindrücken und ihrer Erfahrung in Beziehung setzen kann (s. auch Skår 2008). Die herausragende Rolle, die der klinischen Entscheidungsfindung im professionellen Handlungsmodell zukommt, ergibt sich daraus, dass diese Fähigkeit zwischen dem Wissen der Professionellen und ihrer Praxis vermittelt. Für Higgs et al. (2004: 181) ist *Clinical reasoning*¹⁶⁰ (*clinical decision-making*) die Brücke zwischen Wissen und Praxis, insofern hier in praktischen, konkreten Situationen auf Wissen zurückgegriffen wird und dieses genutzt wird. Wie oben dargelegt, muss das in einer aktuellen Situation genutzte Wissen der Pflegekraft nicht bewusst sein, sie kann bei einer leicht zu bewältigenden Problemsituation im Modus des gewohnheitsmäßigen Handelns verbleiben und dabei intelligente, d.h. problem-

¹⁵⁹ CDM = Collaborative Decision Making

¹⁶⁰ Nach Higgs et al (2004: 183) werden verschiedene Modelle oder Erklärungen für Clinical Reasoning = CR (klinisches Schlussfolgern) vorgeschlagen: intuitives CR, narratives CR, interaktives CR und konditionales CR, praktisches CR, pragmatisches CR und ethisches CR. In einer Konzeptanalyse von Barbara Simmons (2010: 1154) über CR finden sich nur vereinzelte Hinweise, dass theoretisches Wissen und Konzepte hierbei eine Rolle spielen.

gemessene Entscheidungen treffen. In der Beziehung zum zu pflegenden Menschen und bei ihrer Arbeit an seinen multiplen Verlaufskurven demonstriert sie ihre Fähigkeit zur eigenständigen Entscheidungsfindung und zur Verantwortungsübernahme für ihr Handeln (s. Pkt. 9.2, Kap. 4). Dabei zeigt sie auch, inwieweit sie in der Lage ist, den zu pflegenden Menschen aktiv in die klinische Entscheidungsfindung einzubeziehen. Dass dies keine einfache Aufgabe ist, wird in der Literatur inzwischen erkannt, wie auch der Umstand, dass die Nutzung von Pflege-theorien noch keine Garantie dafür ist, dass der Patient und sein Pflegebedarf tatsächlich den Ausgangspunkt des pflegerischen Handelns bilden (s. Orchard 2010: 249). Aus diesem Grund kommt der Reflexion der Geschehnisse in der Pflegekraft-Patient-Beziehung für die Entwicklung der klinischen Entscheidungsfindung, d.h. des eigenen Denkens, für die Entwicklung der dafür erforderlichen inter- und intrapersonaler Kompetenzen sowie schließlich der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme einschließlich des intelligenten Mitfühlens die zentrale Rolle zu.

Dabei ist die klinische Entscheidungsfindung nicht auf die Phase der Pflegeanamnese und der Feststellung von Pflege-diagnosen beschränkt. Diese Fähigkeit begleitet das gesamte Pflegehandeln. Sie kann in so genannten **problematischen Situationen** ins Bewusstsein treten. Aus der Sicht der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandeln kann die problematische Situation sowohl aus der Perspektive des zu pflegenden Menschen definiert werden, also als Situation, in der es zu einer Handlungsunterbrechung in einer oder in beiden Pflegeformen des zu pflegenden Menschen kommt, wie als Situation, die von Seiten der Pflegekraft als problematisch definiert wird. Das kann eine Situation sein, in der ihr eigenes Handeln aufgrund einer unbekannten Größe ins Schwanken gerät, oder in der sie beim Patienten etwas bemerkt, das diesem nicht bewusst ist oder von ihm nicht als problematisch erlebt wird. Die von einer Pflegekraft und die von dem zu pflegenden Menschen identifizierten problematischen Situationen können, müssen aber nicht übereinstimmen. Sie können sogar stark differieren und eine Verständigung zwischen der Pflegekraft und dem zu pflegenden Menschen erforderlich machen.

Marit Kirkevold unterscheidet verschiedene Pflegesituationen, die für die Beteiligten je andere Herausforderungen beinhalten und der professionellen Pflegekraft ein entsprechendes Wissen und Kompetenzen abverlangen. Sie differenziert zwischen Akutsituationen, problematischen Situationen, nicht-problematischen Situationen und problem-identifizierenden Situationen (Kirkevold 2002: 50). Diese Situationen unterscheiden sich in Hinblick auf

- „die Überlegungen, die die Pflegekraft in der Situation anstellt (klinische Beurteilungen und Entscheidungen)
- die Zeit, die der Pflegekraft zur Verfügung steht, um klinische Entscheidungen zu treffen und die nötigen Handlungen durchzuführen
- die Forderungen an die Situation selbst (welche Ziele oder Werte sollen/sollten/ müssen verwirklicht werden)
- die Handlungen, die der Pflegekraft abverlangt werden [...]“ (Kirkevold 2002: 50f).

Diese vier Situationstypen können aus der Perspektive der Pflegekraft, aus der des zu pflegenden Menschen, aber auch aus einer übergeordneten Sicht betrachtet werden, indem die unterschiedlichen Perspektiven der an der Patientenversorgung beteiligten Personen (Laien, Professionelle) mit reflektiert werden. Was davon konkret realisiert wird, ist, worauf Kirkevold zu Recht hinweist, u.a. eine Frage des aktuellen Handlungsdrucks. Dieser stellt sich in einer lebensbedrohlichen Situation anders dar, als in einer Situation, wo Zeit zum Abwägen und zur Verständigung bleibt. Wieder eine andere Situation entsteht, wenn die Arbeitssituation die Pflegekraft zu Aktionismus oder unreflektiertem reaktiven Handeln verleitet.

Die Aufgabe der Pflegekräfte in Bezug auf die klinische Entscheidungsfindung besteht nach Higgs et al. (2004: 187) darin, eine Kohärenz zwischen den Denkprozessen des zu pflegenden Menschen und den eigenen zu schaffen. Hier-

zu bedarf es eines gemeinsamen Raums zwischen Pflegekraft und zu pflegendem Menschen, in dem die Annahmen, die dem Handeln oder den Entscheidungen zugrunde liegen, in Frage gestellt und evaluiert werden können. Die Möglichkeiten hierzu sind in den jeweiligen Pflegesituationen jedoch sehr verschieden und stellen sich noch mal anders dar, je nachdem über welches Wissen eine Pflegekraft von der zu pflegenden Person verfügt und wie sie die mit der klinischen Entscheidungsfindung verbundene klinische und organisatorische Autonomie wahrnimmt. Randi Skår (2008: 2229ff) untersuchte, wie Pflegekräfte Autonomie in der Arbeitssituation verstehen. Aus den Berichten der Pflegekräfte, die in Pflegeheimen, im Krankenhaus (auf chirurgischen und medizinischen Stationen) sowie im Bereich der Rehabilitation arbeiten, ergeben sich vier Themen: *eine ganzheitliche Sicht, den Patienten kennen, wissen, was man weiß, und sich etwas zutrauen*. Die ersten beiden Themen, die ganzheitliche Sicht und die Kenntnis des Patienten waren wesentlich von der Arbeitsorganisation und von der Zeit geprägt, die die Pflegekräfte im Sinne einer Kontinuität mit dem Patienten verbrachten. Alle Pflegekräfte äußerten die Notwendigkeit, die medizinische Diagnose zu kennen, um zu wissen, worauf sie ihre Aufmerksamkeit bei der Einschätzung des Patienten und entsprechender Handlungen lenken könnten. An diesem Beispiel wird erkennbar, wie wichtig eine Reflexion der bei der klinischen Entscheidungsfindung genutzten Wissensbasis ist, damit die Pflege als ein von der Krankheit verschiedenes Phänomen überhaupt wahrgenommen und die aktuelle zwischen Pflegehandeln und Krankheit bestehende Beziehung erkannt werden und in die klinische Entscheidungsfindung einfließen kann.

Werden die o.g. Situationen aus der Perspektive der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des allgemeinen Pflegehandelns betrachtet, dann prallen etwa in der Akutphase¹⁶¹, die in der Regel Anlass für eine Krankenhauseinweisung ist, die bis dahin entwickelten Pflegeverlaufskurven und die Verlaufskurve des Selbst mit der einsetzenden Krankheitsverlaufskurve zusammen. Das Zusammentreffen multipler Verlaufskurven kann vor dem Hintergrund höchst unterschiedlicher Konstellationen erfolgen. So kann der Krankheitsbeginn zugleich den Beginn der Krankheitsverlaufskurve markieren. Die Akutsituation kann aber auch den Wendepunkt einer bereits bestehenden Krankheitsverlaufskurve bezeichnen und eine neue Phase einleiten. Es liegt auf der Hand, dass die Folgen für die Arbeit an den bestehenden Pflegeverlaufskurven und am Selbst in diesen Fällen verschieden sind.

Die kollaborative Entscheidungsfindung beinhaltet folgende Handlungsstränge: eine erfolgreiche Kommunikation über Perspektiven hinweg, einen Prozess der Evaluation (oder Aushandlung) und neues Lernen auf beiden Seiten (Higgs et al. 2004: 187). Bei diesem Prozess ist die Nutzung der verschiedenen Wissensformen¹⁶² wichtig, um die Grauzonen der Praxis zu bestimmen und die vielen menschlichen Dimensionen der Gesundheitsversorgung zu verstehen. Mit Blick auf die Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven geht es um das Verständnis, wie der unterbrochene Handlungsfluss wieder in Gang gesetzt werden kann. Die verschiedenen Wissensformen wie das Fallwissen, das allgemeine Wissen über den Patienten und über ihn als Person tragen dazu bei, einen gemeinsamen Raum zu finden, in dem die Situation bestimmt wird (Identifikation des Handlungsproblems), das zu erreichende ästhetische Objekt gemeinsam konstruiert (Vision von der Verlaufskurve, den Kompetenzen) und die einzuschlagenden Schritte/Maßnahmen über die Analyse und Rekonstruktion des Objekts ausgehandelt werden. Da der zu pflegende Mensch und die Pflegekräfte möglicherweise divergierende Ansichten über die ‚problematische Situation‘ haben

¹⁶¹ Kirkevold (2002: 52f) macht darauf aufmerksam, dass die Akutsituation üblicherweise als eine medizinische betrachtet wird, als dessen Paradebeispiel der Herzstillstand gerne als angeführt wird. In einer solchen Situation ist schnelles und umsichtiges Handeln gefordert. Entscheidend ist, dass die Pflegekraft in der Lage ist zu erkennen, worin die Gefahr besteht und welche Maßnahmen zu ergreifen sind. Charakteristisch ist ihre zeitliche und örtliche Begrenzung. Sie beginnen unvermittelt, sind dramatisch, erreichen aber relativ schnell ihren Höhepunkt und ihren Abschluss. Großer Raum für Aushandlungsprozesse zwischen Pflegekraft und Patient ist hier offenbar nicht gegeben.

¹⁶² Diese sind: propositionales Wissen (beschreibendes und voraussagendes/prognostizierendes), prozedurales Wissen (welches Handeln ermöglicht), theoretisches Wissen (welches erklärt und interpretiert) und emanzipatorisches Wissen (welches Menschen empowered).

und diese vor dem Hintergrund ihres jeweiligen Wissens und ihrer Erfahrungen beurteilen, ist es wichtig, diese Sichtweisen bei der kollaborativen Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (Higgs et al 2004: 188f). Es geht also um ein Nachvollziehen und um ein Verstehen der verschiedenen Dimensionen der Krankheitserfahrung sowie der Pflege- und Lebenserfahrungen des zu pflegenden Menschen. Dieses Verständnis kann auch ein Licht auf die Muster der Beziehungsgestaltung des zu pflegenden Menschen werfen. Die Kenntnis derselben ist nicht unwesentlich, da im Rahmen der klinischen Entscheidungsfindung neben der Situationsdefinition auch eine Zuweisung von Rollen zwischen Pflegekraft und zu pflegendem Menschen erfolgt, die sinnvollerweise ebenfalls geklärt werden sollten¹⁶³. An dieser Stelle kommt die Kompetenz der Pflegekraft zur Gestaltung von Beziehungen zum Tragen. Diese kann, je nachdem wie der zu pflegende Mensch in dieser Beziehung gesehen wird, unterschiedliche Formen und Qualitäten annehmen. In diesem Kontext ist auch die Diskussion über den Patienten als Partner (s. bspw. Gallant/Beaulieu/Carnevale 2002, Leenerts/Teel 2006), als Konsument oder auch als passives Objekt zu sehen, hinter welchen Möglichkeiten sich nicht nur unterschiedliche Modelle der Beziehung Professioneller-Patient¹⁶⁴ verbergen, sondern auch unterschiedliche Formen der Beteiligung des Patienten an der Entscheidungsfindung. Darüber hinaus kann sich aufgrund situativer Umstände das Ausmaß der Partizipation des zu pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen ebenso ändern wie die Rolle der beteiligten Personen. Hervorzuheben ist, dass die klinische Entscheidungsfindung einer Pflegekraft ‚ortsgebunden‘ oder ‚situativ‘ ist. Sie ist an den Kontext der lokalen Station bzw. die Funktionseinheit, an das Wissen der Professionellen ebenso wie an das des zu pflegenden Menschen gebunden. Sie ändert sich, da das kontextuelle Wissen zeitlich sowie zwischen Orten und Personen schwankt (s. Clarke/Wilson 2008: 109). Prinzipiell bietet die klinische Entscheidungsfindung als kollaborative Entscheidungsfindung den beteiligten Personen nach Peplau die Möglichkeit, aus der klinischen Begegnung vor allem während der so genannten Arbeitsphase (s. Peplau, Kap. 5.4.3) zu lernen.

Es ist nicht beabsichtigt, hier auf sämtliche Facetten der klinisch-kollaborativen Entscheidungsfindung einzugehen. Mit Blick auf die Umsetzung der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns und der Arbeit an multiplen Verlaufskurven bietet die Reflexion der klinischen Entscheidungsfindung den Pflegekräften und Pflegeführungskräften die Chance, ihre Kompetenzen weiter zu entwickeln. Es soll der Hinweis genügen, dass die Reflexion klinischer Entscheidungssituationen ihnen erlaubt, eine gewisse Wachheit dafür zu entwickeln, in welcher Weise ihre persönliche Geschichte, d.h. ihre Erfahrungen mit dem Gepflegtwerden durch andere, ihre Art, Beziehungen mit Patienten zu gestalten, prägt. Dies ist wichtig, um vorherrschende und der Situation des Patienten nicht förderliche Beziehungsmuster in fördernde Beziehungsmuster zu transformieren und um die eigenen Muster bei der Beteiligung des zu pflegenden Menschen an den unterschiedlichen Situationen erkennen zu können. Dabei gilt es auch, sich eigener gefährlich werdender, schmerzhafter und schwieriger, abgewehrter Emotionen bewusst zu werden, die nach Tony Warne/Sue McAndrew (2008: 109) in verkleideter Form im Bewusstsein präsent sind und der Interpretation bedürfen. Es sei wichtig zu verstehen, wie Anfänger/-innen das Wesen einer therapeutischen Beziehung erfassen, um sich ihre Naivität für ihr Lernen im Bereich des persönlichen und des interpersonalen Wissens für eine Transformation zu Nutze zu machen. Sie verstehen Lernen als etwas, das am besten erfolgt, wenn an den Rändern zwischen Wissen und Nichtwissen gearbeitet wird (Warne/McAndrew 2008: 110).

¹⁶³ Hierzu zählen sie u.a. (1) ihre Gefühle, insbesondere ihre Befürchtung, krank zu sein, (2) ihre Vorstellungen über das, was falsch mit ihnen ist und die Basis ihrer Vorstellungen, (3) die Auswirkungen ihrer Probleme auf ihr Leben; (4) ihre Erwartungen, was getan werden sollte, (5) ihr Gefühl der Handlungsfähigkeit oder Hilflosigkeit (Higgs et al 2004: 190).

¹⁶⁴ Oeseburg/Abma (2006: 350) unterscheiden in Anlehnung an Emanuel/Emanuel vier Arten von Beziehungen zwischen Patient und Professionellen. Diese sind: das paternalistische Modell, das Konsumenten oder informative Modell, das interpretative Modell und das beratende Modell.

Erstaunlicherweise wird in Studien zum CR dem pflegetheoretischen und konzeptionellen Pflegewissen¹⁶⁵ wenig Aufmerksamkeit geschenkt, ungeachtet der handlungsleitenden Funktion, die dieses Wissen haben könnte. So erwähnt Huckabay (2009: 76) Pflege-theorien nur neben anderen theoretischen Bezugsrahmen wie Pathophysiologie oder psychosozialen Theorien, während Banning (2007) in ihrem Übersichtsartikel auf unterschiedliche Modelle der klinischen Entscheidungsfindung eingeht. In ihrer Literaturanalyse zur CR kommt Christine Tanner (2006: 205f) zu dem Schluss, dass CR von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird wie z.B. von dem, was eine Pflegekraft in eine Pflegesituation mit einbringt, also ihr implizites bzw. explizites Wissen und ihre Erfahrungen und in einem gewissen Umfang ihre Kenntnis über den zu pflegenden Patienten und dessen Sorgen/Anliegen sowie von dem Kontext, innerhalb dessen sich die Pflege abspielt, und von der Kultur auf der entsprechenden Station.

Ein anderer wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang betrifft die Gestaltung der Beziehungen zu anderen Pflegekräften. Die Pflegekraft-Patient-Beziehung im engeren Sinn ist davon geprägt, dass mehrere Pflegekräfte mit dem gleichen Patienten arbeiten. Die Anzahl der Personen wird dabei von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wie der gewählten Organisationsform, der Dienstplangestaltung (z.B. Dreischicht- oder Zweischichtsystem) oder der Binnendifferenzierung innerhalb des Pflegeteams (Qualifikationsmix). Mit Blick auf die Kontinuität der Patientenversorgung, also auf die Kontinuität an der Arbeit multipler Verlaufskurven kann die Bedeutung der Verbalisierung der Praxis nicht stark genug betont werden (Richardson et al. 2004: 204). Die Artikulation des eigenen Handelns ist ein erster Schritt, der Pflegekräfte befähigt, die Gründe für ihre Entscheidungen in klinischen Begegnungen kritisch zu hinterfragen. Über CR zu sprechen hilft, den Charakter und das Ausmaß des generierten und angewandten Wissens in der Praxis zu konsolidieren und zu legitimieren. Die Auseinandersetzung mit den Kollegen/-innen erlaubt zu bestimmen, welche Aspekte der Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven als erfolgreich im Sinne der Erhaltung der Pflegekompetenzen des Patienten und Förderung eines positiven Selbst/Selbstkonzepts wahrgenommen werden. Wie wichtig ein unterstützendes und das Lernen förderndes Umfeld ist, belegen nicht nur die unter 9.3.2 und 9.4.2 referierten Studien. Mary Schoessler und Joyce Farish (2007) haben 30 erfahrene Pflegekräfte zur ihrer persönlichen Entwicklung befragt, um Schlüsselerfahrungen dieser Entwicklung zu identifizieren. Sie haben einen aus drei Prozessen bestehenden Entwicklungskern aus den Antworten destilliert, die sich wechselseitig bedingen. Hierzu gehört der Prozess des inneren Strebens, der Wunsch, das Beste zu geben, und ein Prozess, der der Steigerung der Selbstwertschätzung dient. Dieser Entwicklungskern wird durch zwei sekundär verstärkende Feedbackschleifen, Unterstützung und Belohnung, gestärkt. Belohnung, verstanden als Rückmeldung von den Patienten, diente vor allen dazu, den zweiten Entwicklungsprozess, das Beste zu geben, zu verstärken. Sie begreifen die beiden Feedbackschleifen Unterstützung und Belohnung als einen Schlüssel zum Lernen und zur Bildung von *„Learning Communities“*. Auch sie betonen die Rolle, die den Kollegen/-innen bei der professionellen Entwicklung zukommt. Als Lernbarrieren erweisen sich in diesem Zusammenhang Hinterhältigkeit und hinter dem Rücken des anderen schlecht zu sprechen. Ein anderer Faktor war das Gefühl, die Arbeit nicht fertig zu bekommen. (s. Schoessler/Farish 2007: 174). Das im vorherigen Abschnitt erwähnte informelle Lernen wurde von Darlaine Jantzen (2008) mit Hilfe von Interviews und anhand der Geschichten von Pflegekräften zu positiven Lernerfahrungen untersucht. Thematisiert wurde das Lernen durch Erfahrung ebenso wie die Bedeutung eines unterstützenden Umfelds und unterstützender Anderer. Die Art des Lernens und die Situationen, aus denen gelernt wurde, variierten. Sie zeigten, dass unerfahrene von erfahrenen Pflegekräften lernen oder wie Pflegekräfte ihr Erfahrungswissen aus verschiedenen klinischen Bereichen in eine klinische Situation einbringen und so voneinander lernen können. Der Zusammenarbeit mit klinisch kompetenten Kolleginnen für die Entwicklung von Kompetenzen in der klinischen Entscheidungsfindung sowie im Bereich der

¹⁶⁵ Auch in dem Buch von Rosalinda Alfarao-LeFebre (2007) über Critical Thinking and Clinical Judgement findet sich kein Hinweis auf die Rolle von Pflege-theorien, ebenso wenig wie in dem im deutschsprachigen Raum von Berta Schrems (2008) vertretenen Ansatz einer verstehenden Pflegediagnostik.

Beziehungsgestaltung kommt als EOM in den Magnet-Hospital-Studien eine wichtige Rolle zu (s. Schmalenberg et al 2008).

Der Arbeit der Pflegekräfte an ihrer eigenen professionellen Pflegeverlaufskurve und den damit verbundenen Kompetenzen, aber auch die Unterstützung seitens der Pflegeführungskräfte und durch Kolleginnen haben Einfluss auf deren Verlauf sowie auf das erreichte Kompetenzniveau und somit auf die Qualität der Patientenversorgung. Das Konzept der multiplen Verlaufskurve eröffnet den verschiedenen Berufsgruppen, mit denen der zu pflegende Mensch und seine Bezugspersonen im Krankheitsfall konfrontiert wird, die Möglichkeit, ihre Arbeit aus einer patientenbezogenen anstelle einer einseitig professionsbezogenen Sicht zu betrachten. Als in verschiedenen sozialen Welten beheimatetes ‚Grenzobjekt‘ bietet dieses Konzept die Chance, die verschiedenen Perspektiven (in Form von theoretischen Sichtweisen und daraus abgeleiteten Praktiken) aufeinander zu beziehen. Im nächsten Schritt wird zunächst die Pflegekraft-Arzt-Beziehung beleuchtet.

9.4.4 GRENZARBEIT: VON DER TRADITIONELLEN GESTALTUNG DER SCHNITTSTELLE MEDIZIN – PFLEGE ZUR PROFESSIONELEN UND PATIENTENBEZOGENEN HANDHABUNG

Für die erfolgreiche Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven der zu versorgenden Menschen kommt der Neugestaltung der Schnittstelle bzw. des Überlappungsbereichs Pflege/Medizin eine ebenso zentrale Rolle zu (s. auch Pkt. 9.2) wie der kontinuierlichen Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve. Wie diese Arbeit von den Pflegekräften und den Pflegeführungskräften gestaltet wird, erlaubt einen Blick auf das berufliche Selbstkonzept, auf die zugewiesenen Identitäten und darauf, welche Aspekte der pflegerischen Arbeit wertgeschätzt werden und welche nicht¹⁶⁶. Bis heute wird dieser Bereich vor allem im Krankenhaus einseitig aus einer akut-medizinischen Perspektive im Sinne der Arztassistenten gesehen. Diese Sicht wird angesichts der heutigen Prävalenz chronischer Erkrankungen (s. Kap. 8.4.1) den Anforderungen an die Arbeit an multiplen Verlaufskurven jedoch nicht gerecht.

Untersuchungen zur Zusammenarbeit von Pflegekraft und Arzt weisen immer wieder darauf hin, dass eine mangelnde Klarheit über die eigene Rolle/Aufgabe, ein unklares Verständnis des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs des jeweils Anderen ein Hindernis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit entsprechenden Konsequenzen für die Qualität der Patientenversorgung ist (s. s. Weiss 1983, Katzman 1989, Fagin 1992, Evans 1994, Reibe et al 1999, Hofmann 2002, Fagin/Garelick 2004, Manojlovich 2010, Orchard 2010, Robinson et al 2010).

In der Literatur ist die Zusammenarbeit Pflege/Medizin im Sinn dreier Beziehungsformen beschrieben worden (Schmalenberg/Kramer 2009: 76). Diese sind

- die manipulative Beziehung, von Stein (1967) als *Doctor-Nurse-Game* bezeichnet
- die missbrauchende-feindliche-gegnerische Beziehung (Rosenstein 2002, 2006, 2010)
- die kollaborative Beziehung (Kramer/Schmalenberg 2002, Schmalenberg et al 2005a,b).

Die letztgenannte Beziehungsform ist jene, die laut Literatur von Pflegekräften angestrebt wird. Sie gilt als wichtiger Prädiktor für eine gute und sichere Patientenversorgung und für die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte (s. Schmalenberg et al. 2005 a + b, McGrail et al 2008). Die erstgenannte Beziehungsform, das von Stein (1967) und von Stein et al. (1990) beschriebene ‚*Doctor-Nurse-Game*‘, ist in vielen Studien aus verschiedenen Perspektiven, vorzugsweise aus professionstheoretischer Sicht, beleuchtet worden (s. Freidson 1994, 2001, Svensson 1996). Die Arzt-Pflegekraft-Beziehung zeichnet nach wie vor durch eine ungleiche Machtverteilung, durch eine geringe Wertschätzung des pflegerischen Wissens hinsichtlich des originären pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbe-

¹⁶⁶ Diese im Schnittstellenbereich erfolgende Arbeit ist Grenzarbeit in Bezug auf den pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich im Verhältnis zum medizinischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich.

reichs, aber auch hinsichtlich des Schnittstellenbereichs aus. Pflegekräfte wie Ärzte scheinen in traditionellen Rollenmustern und Gewohnheiten gefangen zu sein, deren Überwindung beiden Parteien erhebliche Anstrengungen abverlangt. Andererseits scheinen das traditionelle Spiel und die Beherrschung der Spielregeln den Pflegekräften auch die Möglichkeit zu geben, ihr Wissen in klinische Entscheidungsfindungsprozesse mit einzubringen (Manias/Street 2001). Feministisch inspirierte Arbeiten haben diesen Beziehungstyp unter Berücksichtigung der sozialen Entwicklungen in den letzten 50 Jahren mit der Frage untersucht, was passiert, wenn anstelle des (männlichen) Arztes eine Frau die Arztfunktion wahrnimmt (s. Gjerberg/ Kjølrsrød 2001, Zelek/Philipps 2003, Loos 2006, Rothstein/Hannum 2007, Sander 2009, Kada/Bruner/Maier 2010). Auch wenn alle Studien hier Veränderungen beobachten, scheinen laut Elisabeth Gjerberg/ Lise Kjølrsrød (2001: 201) Veränderungen in der Geschlechterzusammensetzung des ärztlichen Berufsstands weder automatisch zu einem Abrücken vom traditionellen Arztbild¹⁶⁷ zu führen, noch zu einem grundlegenden inhaltlichen Wandel im Überlappungsbereich. Barbara Zelek und Susan P. Philipps (2003) stellten fest, dass sich Ärzte wie Pflegekräfte offen oder verdeckt einem Machtausgleich widersetzen, der die Voraussetzung für echte Teamarbeit ist. Als Hindernisse für eine auf Kooperation beruhende Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege erweisen sich das vergeschlechtlichte Denken, unterschiedliche Lernstile, unterschiedliche Arbeitsmodelle und regulatorische Mechanismen, Rollenambiguität und inkongruente Erwartungen¹⁶⁸. Im deutschsprachigen Raum haben u.a. Martina Loos (2006) und Kirsten Sander¹⁶⁹ (2008, 2009) diese Beziehung untersucht. Loos (2006) kommt in ihrer Dissertation zur Zusammenarbeit von Krankenpflegern und Ärztinnen zu dem Ergebnis, dass beide Seiten nach wie vor dem von Stein et al. beschriebenen traditionellen *Doctor-Nurse-Game* verhaftet bleiben. Beide Gruppen haben Konflikte mit der jeweils anderen Berufsgruppe, die sie offensichtlich nicht als gleichwertig erleben. Die verschiedenartigen Konflikte rühren aus einer unterschiedlichen Wahrnehmung der jeweiligen Arbeit der Anderen und der damit verbundenen Kompetenzen und aus dem Unvermögen beider Berufsgruppen, über ihre Arbeit und die aufkommenden Konflikte offen zu reden (s. auch Reibe 1999, Grahmann/ Gutwetter 2002, Knoll/Ledner 2008). Die veränderte geschlechtliche Zusammensetzung beider Berufsgruppen führt nicht per se zu einer anderen Form der Zusammenarbeit. Allerdings scheinen sich inzwischen an den Rändern Veränderungen abzuzeichnen. Diese machen das Spiel variantenreicher, situationsspezifischer, nicht jedoch konfliktärmer. Die zu beobachtenden Veränderungen hängen u.a. mit einer veränderten Wahrnehmung der eigenen Rolle und der Aufgaben durch die Pflegekräfte selbst zusammen¹⁷⁰. Werden die Ergebnisse mit Blick auf die Neugestaltung des Überlappungsbereichs betrachtet, so weist keine der Studien auf eine grundlegende Veränderung hin.

Unter die zweite Kategorie fallen vor allem Studien von Alan H. Rosenberg (s. 2002, 2006, 2010, 2011), der diesen Beziehungstyp aus der Sicht der Pflegekräfte, der Ärzte und schließlich auch aus der Sicht der Gesundheit einer Organisation beleuchtet hat. Auch bei ihm finden sich keine Hinweise auf eine Neugestaltung des Überlappungsbereichs. Werden die Untersuchungen zu den beiden erstgenannten Beziehungstypen zusammengefasst, dann werden

¹⁶⁷ Dieses wird offenbar nach wie vor in der medizinischen Ausbildung vermittelt.

¹⁶⁸ Ein Ergebnis von Zelek/Philipps (2003) besteht darin, dass Pflegekräfte besser mit Ärztinnen kommunizieren können. Sie verhalten sich eher ablehnend, wenn Ärztinnen von ihrer medizinischen Autorität Gebrauch machen. Ein anderes war die Wahrnehmung, dass, wenn Ärztinnen fürsorglicher und mitfühlender sind als ihre männlichen Kollegen, dies bei den Pflegekräften Konflikte hervorrufen kann, die ‚caring‘ als zu ihrem Aufgabenbereich gehörend definiert haben und sich in dieser Aufgabe durch die Ärztinnen bedroht fühlen.

¹⁶⁹ Sander (2009: 174ff) hat sich u.a. mit der Thematik der Grenzarbeit und dem Zuständigkeitsbereich befasst. Sie beschreibt einen zweiseitigen Prozess der Herstellung von Zuständigkeit und der Aberkennung von Zuständigkeit. Die Praxis des Herstellens von Zuständigkeit untersucht Sander anhand der *Praxis des Austauschs von kleinen Gefälligkeiten*, der *Praxis der Herstellung ärztlicher Entscheidungen*, der *Praxis der Dokumentation* und an der *Praxis des Sprechens*.

¹⁷⁰ Trotz der in anderen Ländern erfolgenden Übernahme von Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich und einer verstärkten Wahrnehmung des eigenverantwortlichen Bereichs vor allem in Zusammenhang mit chronisch Kranken, wird die zwischen beiden Berufsgruppen bestehende Arbeitsbeziehung vielfach noch im traditionellen Sinn von beiden Seiten gesehen (s. Snelgrove/Hughes 2000).

die Barrieren für eine produktive Beziehung vor allem auf historische Entwicklungen sowie auf Entwicklungen im Bildungsbereich und deren Auswirkungen auf die professionelle Sozialisation zurückgeführt, auf ein damit verbundenes Rollenverhalten, auf das Verständnis der Geschlechterbeziehungen und der sozialen Klassen. Die von den Pflegekräften i.d.R. gewählten defensiven Strategien scheinen dazu beizutragen, bestehende Strukturen aufrechtzuerhalten. So wundert es nicht, dass eines der am häufigsten erwähnten Probleme mit den von Pflegekräften wie Ärzten eingesetzten ineffektiven Kommunikationsstrategien in Verbindung gebracht wird (s. Lindeke/Sieckert 2005, Cypress 2010, Fernandez et al 2010, Robinson et al 2010), was inzwischen zur Suche nach und zur Entwicklung von geeigneten Kommunikationsstrategien geführt hat (s. Hughes/Fitzpatrick 2010).

Im Gegensatz zu den zahlreichen Studien über nichtfunktionierende Arbeitsbeziehungen zwischen Pflege und Medizin, liegen nur wenige Kenntnisse über allgemein kollegiale Arbeitsbeziehungen vor. So haben sich Kramer/Schmalenberg (2002) mit letzteren beschäftigt. In einer frühen Studie, in der sie 279 Pflegekräfte aus 14 Magnet Hospital zu typischen Pflegekraft-Arzt-Beziehungen interviewten, kristallisierten sich fünf Typen der Zusammenarbeit aus: eine kollegiale Form (gleiche Macht, Vertrauen und Respekt), eine kollaborative (wechselseitige Macht, Vertrauen und Respekt), eine Student-Lehrer-Beziehung (in der sowohl der Arzt als auch die Pflegekraft Lehrer bzw. Student sein kann, beide sind gewillt zuzuhören, sich etwas zu vermitteln und zu lernen), eine Beziehung der freundlich-fremden Art (wenig Vertrauen und Anerkennung, höflich, aber formal bleibend) und eine Beziehungsform einer feindseligen, ausfällig werdenden, negativen Haltung (in Tonfall und Handlung). (Kramer & Schmalenberg 2002, Schmalenberg et al 2005a: 451). Sie stellten fest, dass aus der Sicht der Pflegekräfte eine gute Arbeitsbeziehung und gute Zusammenarbeit mit Ärzten unterschiedliche Formen annehmen kann¹⁷¹. Trotz qualitativer Unterschiede werden die *kollegiale* und die *kollaborative* Beziehung in der Literatur immer wieder *synonym verwandt*. Der fundamentale Unterschied zwischen beiden ist jedoch, dass nur in der ersten Beziehungsform das Machtverhältnis zwischen den Partnern gleich ist, auch wenn ihre Beiträge verschiedene sind. Es gilt das Prinzip: gleiche Macht trotz Verschiedenartigkeit (Kramer/Schmalenberg 2003). Für die Neugestaltung des Schnittstellenbereichs ist von Bedeutung, dass alle fünf Beziehungstypen innerhalb eines Krankenhauses und sogar auf einer Station koexistieren können, dass diese Beziehungen sich über die Zeit wandeln und in jede Richtung verändern können und zwar auch in Magnet-Hospitals. Eine Voraussetzung, um die Arzt-Pflegekraft-Beziehung neu auszurichten, besteht daher zuerst in einer kritischen Reflektion der Qualität der bestehenden Arbeitsbeziehungen bzw. der wechselseitigen Rollenerwartungen (s. auch Casanova et al. 2007).

Einen anderen für die Arbeit an den multiplen Verlaufskurven wichtigen Zugang zur Beziehung Pflege/Medizin haben Jane Stein-Parbury und Joan Lianschenko (2007) gewählt. Aus der Perspektive unterschiedlicher Wissensformen, dem Fallwissen, dem Wissen über den Patienten und seine Person (s. auch Pkt. 9.4) untersuchten sie diese Beziehung auf einer Intensivstation am Beispiel verwirrter Patienten. Sie stellten fest, dass die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen zusammenbrach, wenn das Wissen der Pflegekräfte nicht in das gewohnte Schema des ‚Fallwissens‘ passte. Die Beziehung funktionierte am Besten auf der Basis des Fallwissens, das das medizinische Wissen als wichtigen Teil der so genannten diagnostischen Arbeit privilegierte. Hingegen wurde das Wissen der Pflegekräfte, das für das Management der Situation und des Patienten erforderlich war und das in erster Linie auf das Verständnis der Situation und aktueller Verhaltensweisen zielte, also das Wissen über den Patienten und seine Person, von Seiten der Ärzte ausgeblendet. Dies führte zu einer eher distanzierten Zusammenarbeit, indem das Problem zu einem Pflegeproblem erklärt wurde. Stein-Parbury/Lianschenko (2007: 476) weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit ein Verständnis der zwischen Wissen und Arbeit bestehenden Beziehung und deren Anerkennung voraus-

¹⁷¹ Gut‘ konnte z.B. schon bedeuten, dass ein Arzt eine Pflegekraft nicht anspricht, vielleicht auch, dass er kommt, wenn man ihn ruft, bis dahin, dass er den Rat und die Meinung einer Pflegekraft einholt.

setzt. So kann ein Unverständnis der Wissensbasis, deren Ablehnung und die Unfähigkeit diese mitzuteilen, professionelle Grenzen verstärken und dazu führen, dass das zu lösende Patientenproblem nicht als ein gemeinsames gesehen wird. Als Folge werden die unterschiedlichen, zur Bewältigung komplexer Patientensituationen erforderlichen Wissensformen beider Berufsgruppen nicht ausgeschöpft. Wie das Wissen der Pflegekräfte in der Zusammenarbeit mit Ärzten genutzt wird, ist Gegenstand anderer Untersuchungen. Auch wenn das Wissen der Pflegekräfte für die ärztliche Entscheidungsfindung wichtig ist, wird immer wieder von den Schwierigkeiten der Pflegekräfte berichtet, ihr professionelles Wissen aktiv einzubringen, sich Gehör zu verschaffen und ihr Wissen anerkannt zu sehen (s. Manias/Street 2001, Coombs 2004, Knoll/Ledner, Sander 2009). Auch dieses zeigt, dass Veränderungen in der Pflegekraft-Arzt-Beziehung institutionell abgestützt werden müssen.

Um über die historische geprägte Rolle der Arztassistenz oder des ‚verlängerten Arms des Arztes‘ hinauszugelangen, besteht eine zentrale Aufgabe der Pflegekräfte darin, die Rolle und Funktion, die sie vor dem Hintergrund der Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven des zu pflegenden Menschen wahrnehmen, zu artikulieren und sich für ihre Durchsetzung einzusetzen. Ein Großteil dieser Arbeit kann als Grenzarbeit bezeichnet werden, die nur bei einer Identifikation mit der pflegerischen Aufgabe gelingen kann. Allerdings wird diese Arbeit durch die unterschiedliche räumliche und örtliche Organisation der medizinischen und pflegerischen Arbeit erheblich erschwert. Nach Allen (2001) ist die bei der Behauptung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs von den Pflegekräften zuleistende Grenzarbeit durch zwei Merkmale geprägt:

- Von Vergänglichkeit bzw. Konstanz (der Teamzusammensetzung)
- Von der zeitlich-räumlichen Organisation der medizinischen/pflegerischen Arbeit

Die Konstanz der Pflegekräfte auf den Stationen und der Wechsel beim ärztlichen Personal sorgten in der Studie von Allen (2001: 135) für eine Diskontinuität der Erfahrung und des Status. Allen (2001: 142ff) identifizierte mehrere Formen der Grenzverzerrung¹⁷², zu denen es kam, wenn Pflegekräfte die Interessen der zu Pflegenden wahrnahmen oder wenn es um die Kontinuität der Patientenversorgung ging. Diese auch aufgrund wechselnder Patientensituationen unvermeidlichen Grenzverzerrungen beeinflussen in der einen oder anderen Form die professionelle Identität der Pflegekräfte, auch dann, wenn sie den Patienten zugutekommen und gewissermaßen das Bindemittel der klinischen Leistungsfähigkeit sind.

Wie in Kap.8.4.2 gezeigt, besteht eine zentrale Aufgabe der pflegerischen Arbeit darin, einzuschätzen, welche Folgen die Krankheit, die Diagnostik und Therapie der Krankheit auf die Kompetenz des zu pflegenden Menschen zur selbstbezogenen und zur Pflege anderer Menschen sowie auf sein Selbst, sein Selbstkonzept und Körperbild haben. Es geht darum, wie der zu pflegende Mensch die damit verbundenen Anpassungsleistungen im Bereich der AL und in den von ihm wahrzunehmenden sozialen Rollen/Funktionen mit und ohne temporäre oder dauerhafte Unterstützung bewerkstelligen kann und darum, inwieweit sich das Krankheitsgeschehen darüber hinaus auf seine allgemeine Handlungsfähigkeit auswirkt. Gegenstand der Aushandlungsprozesse zwischen Medizin und Pflege im Schnittstellenbereich sind die Fähigkeiten des zu pflegenden Menschen, die Folgen des Krankheitsgeschehens in Form der Therapie in sein tägliches Leben zu integrieren. Er/sie muss den Umgang damit erst lernen. In der Akutsituation kann es sein, dass die Pflegekraft einen Teil oder alle hierunter fallenden Aufgaben für den zu pflegenden Menschen übernehmen muss. Ist diese Situation überstanden, geht es darum, dem zu pflegenden Menschen das **entsprechende Wissen und die Fähigkeiten zu vermitteln**, so dass er/sie die notwendige Arbeit an seiner Krankheitsverlaufskurve bzw. an den multiplen Verlaufskurven¹⁷³ aufnehmen bzw. die Verantwortung dafür wieder selbst übernehmen kann.

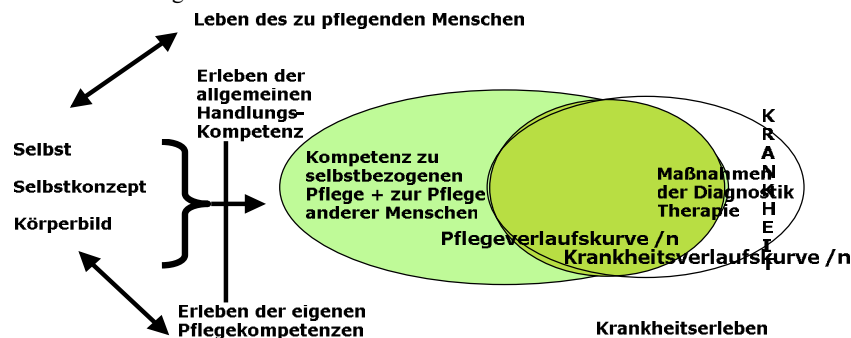
¹⁷² Allen (2001: 142ff) identifizierte fünf unterschiedliche Formen der Grenzverzerrung: Kontinuitätsorientierte, Artikulationsorientierte, Beurteilungsbasierte, Regelorientierte Grenzverzerrungen und Informelle Grenzverzerrungen in der Nacht.

¹⁷³ In der Regel muss der Mensch an mehreren Verlaufskurven gleichzeitig arbeiten.

Krankheitsbedingt kann es an diesem Punkt zu weiteren Unterbrechungen in den AL kommen, oder es können eingefahrene, bisher erfolgreiche Pflegearrangements und die damit verbundenen Beziehungsstrukturen tangiert werden. Im Schnittstellenbereich Pflege/Medizin kreuzen sich die Pflege- und die Krankheitsverlaufskurve, wobei letztere in der Akutsituation situativ und temporär stärker in den Mittelpunkt rücken kann. Da die Arbeiten an den diversen Verlaufskurven aufeinander abzustimmen sind, reicht ein einseitiger Fokus auf die diagnostisch-therapeutischen medizinischen Maßnahmen zur aktuellen Krankheitsbewältigung und zum Verständnis der zu leistenden Arbeit jedoch nicht aus. Stattdessen gilt es, den Blick zu erweitern, was beiden Berufsgruppen eine entwickelte Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen abverlangt, insofern sie ihr professionelles Handeln sowohl aus der Perspektive des zu pflegenden wie des medizinisch zu behandelnden Menschen wie auch aus einer gesellschaftlichen Perspektive betrachten und alle Perspektiven miteinander in Beziehung setzen müssen. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 9.11 veranschaulicht.

Aus professionstheoretischer und rechtlicher Sicht fällt der Überlappungsbereich trotz der angestrebten Aufgabenverteilung bis heute in den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Medizin. Die Pflegekraft befindet sich in einer der Medizin untergeordneten Position. Sie handelt auf Anordnung des Arztes und übernimmt für die von ihr durchgeführten Aufgaben die Ausführungsverantwortung. Sie ist in diesem Bereich in ihrer klinischen Entscheidungsfindung abhängig vom Arzt, weshalb der Überlappungsbereich eine Quelle anhaltender Konflikte¹⁷⁴ ist.

Abb. 9.11: Schnittstellenbereich Pflege/Medizin



Weiter hat die in diesem Bereich anfallende Arbeit bei einer definierten Arbeitszeit Auswirkungen auf die für die Pflege im engeren Sinn zur Verfügung stehende Zeit. Untersuchungen belegen, dass die Pflege je nach gesetzten Prioritäten ganz nach hinten rutschen kann (s. Kalisch/Landstrom/Williams 2009, Schmidt et al. 2008, Braun 2011). Umso wichtiger ist es, dass die Pflegenden in die Lage versetzt werden, den Beitrag der Pflege an der Gesundheitsversorgung deutlich zu machen, und dass sie darlegen können, wie sich die ärztlicherseits angeordneten Maßnahmen auf die Kompetenz des Patienten zur eigenen Pflege und zu Pflege anderer Menschen auswirken. Hier ist neben kommunikativen und interpersonalen Fähigkeiten vor allem die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme gefordert. Neben ihrer Perspektive müssen die Pflegekräfte auch die des zu pflegenden Menschen und seines Bezugssystems und die des Arztes einnehmen können, um aufzuzeigen, welche Folgen die ärztlichen Maßnahmen für die Arbeit an der Pflege- und der Krankheitsverlaufskurve haben.

Ein klares Verständnis von der eigenen Arbeit und Funktion bei der Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven des zu pflegenden Menschen und seines Bezugssystems erfordert eine hinreichende Kenntnis des zu

¹⁷⁴ Heike Steinbach-Thormählen (2011) hat sich in ihrer Masterarbeit mit den Umstrukturierungen im Krankenhausbereich und der Aufgabenverteilung zwischen den Berufen befasst. Sie kommt aufgrund der Interviews und der Befragung von Kliniken zu dem Ergebnis, dass die Aufgabenverteilung sehr unterschiedlich organisiert ist. In einigen Kliniken bestehen klare Konzepte, in der Mehrheit scheinen mehr Fragen offen als geklärt zu sein.

pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen. Beides ist die Voraussetzung für eine aktive Grenzarbeit und ein konstruktives und erfolgreiches Handhaben des Schnittstellenbereichs Pflege/Medizin. Wie einige der oben zitierten Arbeiten zeigen, scheint die Krankheit des Patienten der dominierende Bezugspunkt der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin zu sein, während der pflegerische Aspekt nach wie vor eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Wird diese Zusammenarbeit nur im Kontext der Krankheit gesehen und die Pflege als eigenständiges Phänomen erst gar nicht zur Kenntnis genommen, dann läuft die Pflegekraft Gefahr, dass sie in diesem Bereich als *Nichtarzt* in direkte Konkurrenz¹⁷⁵ zum Arzt tritt. Da sie jedoch weder Arzt ist, noch sein soll, ist ihr Handeln in diesem Schnittstellenbereich ein zum Scheitern verurteiltes Unterfangen, das für den Patienten mit einem erhöhten Risiko behaftet ist und zu einer anhaltenden Frustration und Unzufriedenheit auf Seiten der Pflegekräfte führen kann.

Im Kap. 8.4.2 wurde die edukative Funktion der professionellen Pflegekraft hervorgehoben. Wie oben angedeutet, kann die Akutphase dazu führen, dass der zu pflegende Mensch, die den AL zugrunde liegenden physiologischen Körperprozesse temporär oder dauerhaft nicht mehr selbst meistern oder die mit den AL verbundenen gewohnten Handlungsweisen nicht mehr selbst oder nur teilweise ausführen kann. In dieser Situation führt die professionelle Pflegekraft diese Handlungsweisen ersatzweise für den zu pflegenden Menschen und/oder für die ihn pflegenden Personen aus. Sie übernimmt in diesem Zusammenhang eine *Brückenfunktion* (Funktion der Überbrückung.) Diese Brückenfunktion sowie die *vermittelnde und vorausschauende Funktion* werden umso wichtiger, je kürzer die Verweildauer ist. Ein zentraler Schwerpunkt der professionellen Arbeit an den Pflegeverlaufskurven, der Krankheitsverlaufskurve und am Selbst des zu pflegenden Menschen bzw. seines Bezugssystems liegt in der *Aufrechterhaltung, der Modifizierung, De- und/oder Rehabilitation von Gewohnheiten im Bereich der AL* sowie *in der Vermittlung und Stärkung entsprechender Kompetenzen*, damit der zu Pflegende seine Pflege- und Krankheitsverlaufskurven und die Verlaufskurve seines Selbst auf Kurs halten und sie möglichst eigenständig steuern kann¹⁷⁶. Für die Wahrnehmung dieser Aufgabe, bei der es um Verlernen und Neulernen geht, stellen die immer kürzer werdenden Verweildauern eine enorme Herausforderung dar, bei der die Aufnahmefähigkeit des zu pflegenden Menschen leicht an ihre Grenzen stoßen kann. Die Wahrnehmung dieser *Brücken- und Vermittlungsfunktion* ist nicht identisch mit der gewohnten *Funktion der Arztassistenz*. Sie unterscheidet sich grundlegend davon und begründet insofern auch die Forderung nach einem Wechsel *vom bisher untergeordneten zu einem vollen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege im Schnittstellenbereich Pflege/Medizin* (s. auch Pkt. 9.2 und Kap 4). Erst dadurch wird die Voraussetzung geschaffen, die bisherige Gestaltung dieses Schnittstellenbereichs als eines Bereichs der primären ‚*Arztassistenz*‘ hinter sich zu lassen und die Basis für eine kollegiale Partnerschaft von Pflege und Medizin zu etablieren. Die klinische Entscheidungsfindung in diesem Bereich geht über die Beurteilung des situativen Krankheitszustands hinaus, insofern diese Beurteilung immer eine Folgeabschätzung mit enthalten muss, die dieser Zustand in Hinblick auf das Leben des Patienten, d.h. in Bezug auf seine Pflegekompetenzen und allgemeine Handlungsfähigkeit hat.

Obwohl es verschiedene Vorstellungen davon gibt, wie das kommunikative Verhalten beider Parteien verbessert werden kann, liegen so gut wie keine Studien zur Neugestaltung des Schnittstellenbereichs vor. Knut Dahlgaard

¹⁷⁵ In dieser Konkurrenz treffen überspitzt gesagt zwei ärztliche Identitäten aufeinander. Die von der Pflege in Frage gestellte ärztliche Identität des technischen Experten und die von der Pflege verkörperte Identität des ärztlichen Heilers, die in verkleideter Form in den Caring-Theorien aufscheint.

¹⁷⁶ Die Integration therapiebedingter Maßnahmen in das eigene Leben wie komplexe Medikamentenregimes, die Versorgung von künstlichen Ausgängen oder Zugängen, die Handhabung von die Körperfunktionen kompensierenden Hilfsmitteln (Körperprothesen), verlangen dem zu pflegenden Menschen ein Verlernen und Neulernen bisheriger Lebensgewohnheiten in den AL ab. Diese über die Krankheit erzwungenen Veränderungsprozesse können nicht nur das Selbstkonzept und die verschiedenen Identitäten des zu pflegenden Menschen nachhaltig tangieren, sondern auch die vorhandenen Pflegekompetenzen. Auch hier geht es um Verlernen und Neulernen. (s. Kap. 8.4.2.).

(2010: 34ff) beschreibt, wie die Kooperation zwischen Pflege und Medizin innerhalb des KoPM-Modell¹⁷⁷ gestaltet wird. Er geht nicht explizit auf den eigenständigen und überlappenden Bereich ein. Aus seinen Ausführungen geht jedoch hervor, dass die Aufgaben und Zuständigkeiten von Pflege und Medizin eindeutig geregelt sind. Kooperation kann auf unterschiedliche Weise geregelt werden, als additives Modell, als Kunden-Lieferanten-Beziehung oder als eine synergetische Kooperation, wie sie im KoPM verfolgt wird. Kooperation baut in diesem Modell auf Kernkompetenzen auf, die die jeweilige Identitätsbildung stützen. Sie macht sich die unterschiedlichen Wissensbestände zu Nutze, schafft Vertrauen und setzt auf Qualifizierung.

Kramer/Schmalenberg (2008) nähern sich dieser Frage, indem sie ermittelten, welche Aufgaben die Befragten im eigenständigen Bereich der Pflege und im überlappenden Bereich fassen. Diese sind in Tabelle 9.6 aufgeführt.

Tab. 9.6: Aufgaben im eigenständigen und im überlappenden Bereich der Pflege nach Kramer/ Schmalenberg (2008: 61)

Eigenständige Sphäre	Überlappende Sphäre
In diesem Bereich treffen Pflegekräfte individuell eigenständige und eigenverantwortliche patientenbezogene Entscheidungen. Hierbei suchen sie durchaus den Rat von Kollegen. Die Verantwortungsübernahme/Rechenschaft ist individuell.	In der überlappenden Sphäre ist die Verantwortung für Entscheidungen und für die Rechenschaftslegung wechselseitig und relational.
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitserhaltung • Prävention • Caring 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurative Funktionen • Diagnostische Funktionen • Verschreibende Funktionen

Ein Verständnis beider Bereiche ist für ein erfolgreiches Arbeiten wesentlich. Es ist eine Voraussetzung für ein eigenständiges Handeln der Pflegekräfte, d.h. für die Wahrnehmung der klinischen Autonomie. Diese ist für Pflegekräfte mit Risiken behaftet. Ein solches eigenständiges Handeln ist aber aufgrund des sich ändernden Pflege- und Versorgungsbedarfs der Patienten in beiden Bereichen laut Kramer/Schmalenberg geboten und unvermeidbar. Sie haben mehrere Domänen je Bereich und die primär motivierenden Faktoren identifiziert, die eine eigenständige Entscheidungsfindung aufgrund wechselnder Bedarfslagen und klinischer Situationen der zu pflegenden Menschen verlangen. Diese sind in Tabelle 9.7 zusammengefasst.

Tab. 9.7: Autonomiebereiche, Patientenerfordernisse und motivierende Faktoren nach Kramer/ Maguire/Schmalenberg 2006: 486ff, Kramer/Schmalenberg (2008: 64)

Autonomie-Domänen	Patientenerfordernisse und motivierende Faktoren
1. Notfall	Das Leben des Patienten retten
2. Notwendigkeit zur Wiederbelebung	Patientensicherheit, Leid und Komplikationen verhüten
3. Patientenanwalt	Geistig/psychisches und physisches Wohlbefinden des Patienten
4. Triage (wann und wohin Patienten geschickt werden)	Effektive und effiziente Patientenversorgung
5. Lebensende	Lebensqualität, oder Qualität des Todes
6. Koordination – Integration	Holistische Patientenversorgung

Die genannten Bereiche sind nicht immer klar voneinander zu trennen, sie können sich auch überlappen. Sie können alle auf einer Station von Bedeutung sein, aber auch von Station zu Station sowie situationsbezogen erheblich variieren (s. Kramer/Schmalenberg 2008: 64). Insbesondere drei Strukturen und ‚best practices‘ tragen laut den Studien von Kramer/Schmalenberg (2008: 66f) zu einem Autonomie-freundlichen Arbeitsumfeld bei. Einmal geht es um die Klärung, was die Pflegekräfte, die Führungskräfte, die Verwaltung und andere Berufsgruppen unter klinischer Autonomie in Bezug auf den eigenständigen und den überlappenden Bereich konkret verstehen. Klarheit hierüber ist wichtig, damit in diesen Bereichen eigenständig gehandelt werden kann. Weiter geht es um eine periodische Neu-

¹⁷⁷ Dieses Modell „bietet ein theoriebasiertes, normatives Gerüst für einen kooperativ abgestimmten und organisierten, patientenbezogenen Versorgungsprozess im Krankenhaus“ (Dahlgard 2010: 34).

aushandlung der ‚Reichweite der Pflegepraxis‘ (*scope of practice*)¹⁷⁸. Eine solche Klärung muss insbesondere für den überlappenden Bereiche auf der betrieblichen Ebene erfolgen (Kramer/Schmalenberg(2008: 68f). Dies ist eine wichtige Führungsaufgabe, aber auch eine von den Pflegekräften zu leistende Arbeit. Gefordert sind ein *interprofessioneller Dialog* und *die Fähigkeit zur aktiven Aushandlung*, während die eigenständige Sphäre auf den *intraprofessionellen Dialog* angewiesen ist. Das Wissen in dieser Sphäre ist größtenteils implizit und wird als etwas Selbstverständliches¹⁷⁹ genommen. Deshalb ist es wichtig, dieses Wissen explizit zu machen.

Den Führungskräften kommt bei der Entwicklung kollegialer Arbeitsbeziehungen zwischen Pflegekräften und Ärzten eine zentrale Verantwortung zu. Kramer/Schmalenberg (2003: 18) sehen diese vor allem auf der Ebene der Stationsleitungen. Durch die Art, wie letztere mit den Ärzten umgehen, geben sie den Rahmen vor, wie interdisziplinäre Interaktionen zu gestalten sind. Allerdings laufen die Bemühungen der Stationsleitungen ins Leere, wenn kollegiale Arbeitsbeziehungen von der Krankenhaus- bzw. Unternehmensleitung nicht aktiv gefördert werden bzw. deren Notwendigkeit nicht erkannt wird. Vieles weist darauf hin, dass eine veränderte Form der Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen eine enorme Herausforderung für alle Beteiligten darstellt und nur erreicht werden kann, wenn eine kollegiale bzw. kollaborative Form der Zusammenarbeit krankenhaushaus- bzw. unternehmensweit von den Führungskräften auf allen Ebenen unterstützt wird (s. auch Evans 1994, Dahlgaard 2010).

Wie eine solche aussehen könnte, soll anhand zweier möglicher Modelle unter Bezugnahme auf die in Kap. 4 und in diesem Kapitel beschriebenen verschiedenen Formen der Zuständigkeit, d.h. einer vollen, einer untergeordneten, einer intellektuellen, einer geteilten und einer beratenden Zuständigkeit, dargestellt werden. Die nachfolgenden zwei Optionen lassen das traditionelle Modell hinter sich, das an dem einen Ende des Entwicklungskontinuums liegt. Im Mittelpunkt stehen der eigenständige und der überlappende Bereich.

Option 1 ‚Entwicklungsmodell‘: In diesem Modell wird der Pflege ein eigenverantwortlich zu steuernder und zu gestaltender Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich zugestanden. Umfang und Reichweite des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs werden als sich verändernde Größen eines sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Entwicklungsprozesses verstanden. Dieser Entwicklungsprozess erfolgt team-, mitarbeiter- und kontextbezogen. In regelmäßigen Abständen werden die stations- bzw. funktionsdienstbezogenen Entwicklungsprozesse evaluiert, um daraus allgemeine Merkmale des professionsbezogenen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs in Bezug auf die Patientenversorgung ableiten zu können. Diese können ebenso zur Definition von Mindeststandards dienen sowie als Ausgangspunkt für die weitere Entwicklungsarbeit.

Der sogenannte arztabhängige oder überlappende Bereich unterliegt ebenfalls Veränderungen, die grundsätzlich in zwei Richtungen verlaufen können. Eine Richtung besteht darin, dass zuvor von der Medizin an die Pflege delegierte Aufgaben zugunsten der Pflege wieder an erstere zurück verwiesen werden. Die andere besteht darin, dass die Pflege

¹⁷⁸ In Deutschland geschieht dieses gegenwärtig auf der politischen Ebene im Zusammenhang mit der Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen.

¹⁷⁹ Auffällig ist, dass Pflegende in den Magnet Hospital-Studien den Fokus auf die überlappende/n Sphäre/n und weniger auf die Pflegesphäre legen (s. Kramer/ Maguire/Schmalenberg 2006: 485). In ihrer qualitativen Studie zum Verständnis von Autonomie seitens klinisch tätiger Pflegekräfte machen Stewart/Stansfield/Tapp (2004: 455, 447) die paradoxe Beobachtung, dass die Pflegekräfte auffallend wenig Hinweise über eindeutige Beispiele aus der genuinen Pflegepraxis in ihren Beispielen zur unabhängigen Entscheidungsfindung und Handeln brachten. Gleichwohl führten sie immer wieder Beispiele an, die ihre Überzeugung widerspiegeln, dass das Pflegeassessment, die Beobachtung und das Wissen über den Patienten zum Erreichen gewünschter Patientenergebnisse beitragen. Sie betonten mehr den wechselseitig abhängigen und relationalen Charakter der Autonomie. Eine andere wiederholt geäußerte Aussage bestand darin, dass der Beitrag der Pflegekräfte zum Versorgungsplan des Patienten wertgeschätzt, anerkannt und bestätigt wird.

immer mehr Aufgaben der Medizin übernimmt. In diesem Fall kann die Pflege als Arztersatz fungieren, es kann aber auch zu bestimmten Spezialisierungen kommen (z.B. Wundmanagement), oder es werden Aufgaben delegiert. Beide Entwicklungslinien wirken sich auf den autonomen Teil des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs aus.

Die Arbeitsbeziehungen zwischen den Professionen schwanken bei dieser Option zwischen hierarchischen und kollegialen Beziehungen. Sie durchlaufen eine Phase, in der die Arbeit von der professionsbezogenen Identität und der Gestaltung der Arbeitsbeziehungen zwischen den einzelnen Professionen bestimmt ist. Diese ist eng mit der inhaltlichen Ausfüllung des professionsspezifischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs verknüpft. Erst wenn hinsichtlich des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs eine gewisse Klarheit besteht und dieser vom Krankenhaus/Unternehmen öffentlich anerkannt wird, können die Arbeitsbeziehungen zwischen den Professionen so gestaltet werden, dass die einzelnen Professionen sich als gleichberechtigte Professionen erfahren. Erst dies schafft die Basis für kollegiale, auf gegenseitigem Respekt basierende Arbeitsbeziehungen.

Option 2 „professionsbezogenes Modell“: In diesem Modell wird der Pflege der Status einer Profession vom Krankenhaus/Unternehmen vorbehaltlos zugestanden. Die Pflege steuert und gestaltet eigenverantwortlich den autonomen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich. Ihr wird die Möglichkeit gegeben, den Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich an dem sich ändernden Bedarf an pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung auszurichten. Die Weiterentwicklung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs erfolgt team-, mitarbeiter- und kontextbezogen und im Rahmen der ökonomischen/organisatorischen Möglichkeiten. Die allgemeinen Merkmale des professionsbezogenen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs sind zukunfts- und entwicklungsoffen.

Die Entwicklungslinien im sogenannten arztabhängigen Bereich sind geklärt. Der überlappende Bereich wird hier aus der Perspektive der in Kap. 8 entwickelten Theorie des Pflegehandelns interpretiert, wobei Pflegekraft wie Arzt in Zusammenarbeit mit dem zu pflegenden Menschen die zwischen der Krankheit und den Kompetenzen zur selbstbezogenen Pflege etc. bestehende Beziehung klären. Auf der Basis des vereinten Wissens und der Erfordernisse der Arbeit an den multiplen Verlaufskurven und Kompetenzen des Patienten/seiner Bezugspersonen wird mit ihm die für ihn geeignete Strategie der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung bestimmt. Dies erfolgt sowohl anhand von evidenz-basierten Kriterien als auch anhand der spezifischen Versorgungserfordernisse des Patienten.

Die Arbeitsbeziehungen zwischen den Professionen sind kollegialer Art. Ihre kontinuierliche Weiterentwicklung basiert wie oben auf evidenz-basierten Kriterien wie auf den spezifischen Versorgungserfordernissen der Patienten. Es sei lediglich angemerkt, dass das allgemeine Verständnis von Professionen von beiden Berufsgruppen kritisch reflektiert und unter Gender-Gesichtspunkten weiterzuentwickeln ist. Beide Modelle müssen kontinuierlich evaluiert werden, um die Entwicklungsprozesse entsprechend anpassen und neu ausrichten zu können.

Die Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven und am Selbst wird nicht nur von der Zusammenarbeit Pflege/Medizin tangiert, sondern auch von der Arbeit mit anderen Berufsgruppen.

9.4.5 Grenzarbeit: Gestaltung und Management der Schnittstellen im interdisziplinären Team

Wie die Beziehung Pflege/Medizin kann auch das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit generell aus verschiedenen Perspektiven untersucht werden. In der Literatur werden verschiedene Formen oder Modelle der interdisziplinären Zusammenarbeit beschrieben. So beschreiben etwa Boon et al. (2004: 3) sieben Praxisformen der Teamarbeit und zwar: parallele, beratende, kollaborative, koordinierte, multidisziplinäre, interdisziplinäre und integrative.

Thylefors et al. (2005) nennen drei immer wieder beschriebene Modelle der Teamarbeit, die zugleich unterschiedliche Entwicklungsstufen von Teams markieren:

- das multiprofessionelle (additive, multidisziplinäre) Team
- das interprofessionelle (integrative, interdisziplinäre) Team
- das transprofessionelle Team¹⁸⁰.

Wiederum eine andere Typologie wählen Reeves et al. (2010: 44ff). Sie ordnen die unterschiedlichen Formen der Teamarbeit in Zwiebelringen an, wobei der Begriff der ‚teamwork‘ im Zentrum angesiedelt ist, als nächster Ring folgt ‚collaboration‘, danach ‚coordination‘ und im äußersten Ring ist ‚networking‘ als eine weitere Form der Zusammenarbeit angesiedelt. Die Funktionsweise dieser unterschiedlichen Teamarten, d.h. die Art der Zusammenarbeit hängt von den Erfordernissen der Patientenversorgung ab. Weiter kann es entlang des Versorgungskontinuums aufgrund wechselnder Anforderungen zu einem Wechsel von der einen in eine andere Form der Teamarbeit kommen. Die Fähigkeit eines Interprofessionellen Teams, sich diesen Anforderungen situativ zu stellen, bezeichnen sie als adaptive interprofessionelle Teams (s. Reeves et al. 2010: 47). Es sind eine Vielzahl von Faktoren beschrieben worden, die die Leistungsfähigkeit solcher Teams beeinflussen. Nach Bourgeault/Mulvale (2006: 482) sind vor allem die Auswirkungen von IPC auf Patienten-Outcomes, auf die Patientenzufriedenheit und auf die Zufriedenheit der daran involvierten Berufsgruppen untersucht worden. Es wird immer wieder betont, dass ein Teamansatz zu einer steigenden Produktivität der Berufsgruppen führen kann.

Mit Blick auf die Arbeit an den multiplen Verlaufskurven des Patienten kommt der Fähigkeit der einzelnen Berufsgruppen zur klinischen und kollaborativen Entscheidungsfindung eine herausragende Rolle. Die Metapher der *kognitiven Landkarte*¹⁸¹ verweist darauf, dass bei der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPC) von den einzelnen Professionen unterschiedliche kognitive Landkarten, verstanden als theoretische Perspektiven und Handlungslinien, bei der Lösung eines Gesundheitsproblems eines Patienten eingebracht werden. IPC zeichnet sich ähnlich wie die wissenschaftliche Arbeit durch einen ‚prinzipiellen Pluralismus‘ (s. auch Star 2004: 59) sowie dadurch aus, dass IPC immer kollektives Handeln in Bezug auf etwas ist, in diesem Fall die gesundheitliche Versorgung eines bestimmten Patienten innerhalb eines definierten Zeitrahmens. Bei dem Zusammentreffen der verschiedenen Berufe, sei es bei formalen (Visite, Fallbesprechung etc.) oder informellen Treffen (wie Flurgespräche, zufälliges Treffen beim Patienten etc.) kann das Gesundheitsproblem entsprechend den theoretischen Perspektiven der involvierten Personen aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Je nach Blickwinkel können bestimmte Aspekte in den Fokus geraten und andere in den Hintergrund treten. Für die Arbeit an den multiplen Verlaufskurven eines Patienten ist wichtig, dass die einzelnen Gesundheitsberufe das Vorhandensein einer Vielzahl von ‚kognitiven Landkarten‘ und die damit verbundenen Perspektiven als unvermeidliche Bedingung der arbeitsteilig erbrachten Gesundheitsversorgung und als Teil eines gemeinsamen Unterfangens anerkennen und Fähigkeiten des konstruktiven Umgangs damit entwickeln. Hier bietet das Denken in Verlaufskurven die Möglichkeit, die Beiträge der verschiedenen Berufsgruppen auf den Patienten und seine Kompetenzen zu beziehen und darauf, wie die einzelnen Beiträge ihn temporär unterstützen. Der Ansatz ist patienten- und nicht professionsbezogen. Wie Untersuchungen zeigen, wird die von den Berufsgruppen zu leistende kollaborative klinische Entscheidungsfindung erschwert, wenn alle Professionen darauf bestehen, dass nur ihre Perspektive die einzig richtige ist. Die Berufsgruppen müssen lernen, dass alle Sichtweisen ihre Berechtigung haben und zur Lösung des im Mittelpunkt stehenden Gesundheitsproblems beitragen können (s. hierzu auch Wackerhausen 2009). Dies erfordert seitens der verschiedenen Berufsgruppen:

¹⁸⁰ Andere, nicht auf den Dienstleistungsbereich bezogene Teamformen werden als aufgabendifferenzierende, aufgabenintegrierende und aufgabenergänzende Teams bezeichnet.

¹⁸¹ Hierunter fallen Theorien, Paradigmen, Weltansichten, Ideologien etc.

- Respekt vor dem Anderen, d.h. seinen Kompetenzen und seinem Wissen
- ein Bewusstsein über den gemeinsam geteilten und über den professionsspezifischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich
- einen patienten-/klientenbezogenen Fokus und/oder einen anbieterbezogenen Fokus (s. Ham-mick/Olckers/Campion-Smith 2009).

Wichtige Schlüsselgrößen von IPC sind nach Reeves et al. (2010: 11) klare Teamziele, eine geteilte Teamidentität, eine geteilte Teamverpflichtung, Rollenklarheit, wechselseitige Abhängigkeit und Integration zwischen den Teammitgliedern. Eine erfolgreiche IPC zeichnet sich durch koordinierte Bemühungen aus, durch die Notwendigkeit, sich zuzuhören, durch gegenseitigen Respekt, durch ein Bekenntnis zum Team sowie durch die Motivation, voneinander zu lernen und am Anderen Anteil zu nehmen. Als Herausforderungen gelten bestehende Machtunterschiede innerhalb des Teams, die die Kommunikation begrenzen und zu Spannungen führen. Weiter stellt die Ungewissheit, inwieweit sich der Einzelne in das Team einpasst, eine Herausforderung dar, ebenso der Druck auf die einzelnen Teammitglieder aufgrund mangelnder Ressourcen wie etwa Zeit. Als einer der Gründe, warum viele Professionen einander nicht zuhören und nicht voneinander lernen, gilt eine begrenzte interprofessionelle Bildung (Reeves et al. 2010: 20ff)

Untersuchungen zur IPC weisen alle mehr oder weniger deutlich darauf hin, dass die einzelnen Professionsmitglieder bestimmte Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln müssen, um erfolgreich im interprofessionellen Team zu bestehen. Verma/Paterson/Medves (2006) haben aus einem Vergleich der Kernkompetenzen von vier Gesundheitsprofessionen (Medizin, Pflege, Ergotherapie und Physiotherapie) die nachstehenden professionenübergreifende Kompetenzen abgeleitet: **Kommunikation, Beratung, Kooperation, Koordination, Zusammenarbeit (Kollaboration)** und **eine gemeinschaftliche Praxis**. Hall (2005: 193) nennt darüber hinaus Durchsetzungsvermögen, Verantwortung und Autonomie im Sinne der Fähigkeit zum selbständigen Arbeiten als wichtige Fähigkeiten für eine erfolgreiche Teamarbeit. Durchsetzungsvermögen heißt in diesem Kontext, den **eigenen Standpunkt mit Zuversicht einzubringen** und zu stützen. Verantwortung meint, diese zu akzeptieren, sie gemeinsam zu tragen und an Gruppenentscheidungsprozessen und Gruppenplanungen teilzunehmen. Suter et al.¹⁸² (2009) untersuchen, welche Kompetenzen verschiedene Gesundheitsprofessionen und Administratoren als wichtig für eine kollaborative Praxis erachten. In den Interviews schälen sich zwei Kompetenzbereiche heraus, die für die IPC essentiell sind:

1. Rollenverständnis und Wertschätzung der anderen Rollen
2. Kommunikation.

Zwei Aspekte sollen in Bezug auf die erstgenannte Kernkompetenz hervorgehoben werden. Viele der von Suter et al. (2009) Interviewten begrüßen mit Blick auf die PatientInnen und die eigene Arbeit eine kollaborative Zusammenarbeit. Es fehlt ihnen aber an Vorstellungsmögen, wie diese zu erreichen ist. Das **„how to“** schien aus einem mangelnden Verständnis der Rollen und der Verantwortlichkeiten der je anderen Professionen zu resultieren. Ein unzureichendes Verständnis von der Rolle des Anderen kann zu vielfältigen Konflikten führen. Wenn etwa der Eindruck entsteht, dass der andere die eigene Rolle übernimmt, kann es zu einer Verteidigung des eigenen Praxisbereichs führen oder zu einer Rollenverzerrung, die ihrerseits das Risiko von Konflikten und Burnout in sich birgt. Weiter kann die von den Professionen notwendigerweise zu leistende *„boundary work“* in Bezug auf die Entwicklung einer professionellen Identität bei starren Grenzen zum Aufbau von Hürden führen, die dann einer kollaborativen Zusammenarbeit aller Professionen im Wege steht. In diesem Zusammenhang kann eine Konzentration auf die Erfordernisse des Patienten dazu beitragen, starre professionelle Hürden abzubauen. Ein Verständnis der diversen Rollen einschließlich

¹⁸² Hierzu interviewten sie 60 Angehörige (zwischen 18 und 55 Jahren) der verschiedenen Gesundheitsprofessionen sowie MitarbeiterInnen aus dem administrativen Bereich. Diese kamen aus sieben Gesundheitseinrichtungen in Alberta, Canada. Von den Interviewten waren 88% in der direkten Patientenversorgung (front line) tätig und 22 im administrativen Bereich.

der Rolle des Patienten eröffnet hingegen die Möglichkeit eines Wechsels von einer Anbieterorientierung hin zu einer Patientenorientierung (Suter et al 2009, Hall 2005). Die Notwendigkeit, klare Grenzen zu setzen und sich abzugrenzen, und die Fähigkeit, eine Balance zwischen wechselseitiger Abhängigkeit und professioneller Autonomie herzustellen, wurden als wichtige Aspekte des Rollenverständnisses betont (Suter et al 2009: 48).

Für den zweiten Kompetenzbereich, den der Kommunikation, nannten die Interviewten verschiedene Fähigkeiten wie etwa die Fähigkeit zum Aus- bzw. Verhandeln oder die Konsensfähigkeit. Diese Fähigkeiten verweisen wiederum auf den ersten Kompetenzbereich. Die herausragende Bedeutung des Rollenverständnisses und der Rollen anderer ist auch ein Ergebnis der Studie von Susan Baxter und Sheilagh M. Brumfitt (2008), die sich am Beispiel der Versorgung von Stroke-Patienten mit den professionellen Unterschieden bei der interprofessionellen Arbeit befasst haben. Die Antworten der an der Studie beteiligten Professionen kreisten immer wieder um drei für IPC als wichtig erachtete Themen: das professionelle Wissen und die Fähigkeiten/Fertigkeiten, die professionelle Rolle und Identität sowie das Thema Macht und Status. Was das Thema der professionellen Rolle und Identität betrifft, ging es um die professionellen Grenzen, um Rollenklarheit und um Rollenverzerrung bzw. -verwischung.

Eine wichtige Voraussetzung für IPC ist die Fähigkeit der einzelnen Pflegekräfte auf der Arbeitsebene, ihren Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich (*jurisdiction*) und ihre professionelle Autonomie zu behaupten. Diese zeigt sich vor allem in ihrer Fähigkeit zur **klinischen Entscheidungsfindung** und zur Etablierung einer therapeutischen Beziehung und leistungsfähigen Arbeitsbeziehung zum zu pflegenden Menschen. Weiter beinhaltet sie die Fähigkeit, die eigene professionelle Rolle, das professionsspezifische Wissen und die daraus abgeleiteten Kompetenzen anderen Professionen und den Patienten/Klienten gegenüber klar zu artikulieren und zu kommunizieren (s. auch CIHC, 2010: Suter 2009). Dass dies nicht immer als gegeben vorausgesetzt werden kann, ist in verschiedenen Studien belegt (s. z.B. Reeves et al 2009, Conn et al 2009). Untersuchungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen indes, dass eine erfolgreiche interprofessionelle Arbeit primär von verschiedenen organisatorischen Faktoren abhängt sowie von der Entwicklung von Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit (s. Hall 2005, Axelsson/Axelsson 2009, Suter 2009). Insgesamt weisen die verschiedenen Erkenntnisse zur IPC darauf hin, dass IPC sich in einem schwierigen professionellen Kontext etablieren und weiterentwickeln muss. Dieser Kontext ist durch die historische Entwicklungsgeschichte der diversen Gesundheitsprofessionen geprägt, was eine authentische und erfolgreiche IPC offensichtlich weltweit zu einer Herausforderung der besonderen Art macht (s. Reeves et al. 2010). Carole Orchard (2010: 249) macht darauf aufmerksam, dass der in der Ausbildung/im Studium verfolgte uni-professionelle Bildungsansatz dazu geführt hat, dass Pflegekräfte auf eine auf Partnerschaft gründende Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen nicht vorbereitet sind. Ihre Forschungsergebnisse unterstreichen die Bedeutung, die der Rollenklärung für eine leistungsfähige, auf Kollaboration beruhende Praxis zukommt. Die Pflege scheint mehr als andere Berufsgruppen Probleme zu haben, ihre Rollen/Funktionen anderen gegenüber zu artikulieren. Hierbei scheinen Pflegekräfte sich eher auf physische Tätigkeiten und weniger auf die von ihnen genutzten Theorien oder das Wissen zu beziehen, das sie bei der Formulierung von Interventionen in die Praxis einbringen. Um in einem interprofessionellen Team gut arbeiten zu können, müssen Pflegekräfte nach Orchard (2010: 251):

- (1) sich selbst als Mitglieder des interprofessionellen Teams re-sozialisieren
- (2) ihre eigene Rolle, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten verstehen, um diese gegenüber anderen artikulieren können
- (3) ein Verständnis von den Rollen, dem Wissen und den Fähigkeiten anderer gewinnen
- (4) ein Verständnis von geteilten Rollen, Wissen und Fähigkeiten erlangen, die über ihre eigene und die anderer Berufsgruppen hinausgehen und
- (5) lernen, im Team zu arbeiten.

Hierbei sind insbesondere die Führungskräfte gefordert, da sie den Rahmen für entsprechende Entwicklungsprozesse schaffen müssen.

Zum Schluss werden die Ergebnisse der einzelnen Teilschritte dieses Kapitels vor dem Hintergrund der Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve und der Arbeit an den multiplen Verlaufskurven der zu pflegenden und zu versorgenden Menschen zusammenfassend bewertet.

9.5 ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG

Die in Deutschland zu leistende umfassende Professionalisierung der Pflegepraxis wie der multiprofessionellen Expertenorganisation Krankenhaus findet seit den 1990er Jahren vor dem Hintergrund der nachstehend aufgeführten Entwicklungen statt:

- Einer Professionalisierung primär von Teilbereichen der Pflege (Lehre, Management, Spezialbereiche), die die Mehrheit der Pflegenden mit direktem Patientenkontakt bisher nur bedingt einbezieht
- einer parallel einsetzenden verstärkten Ökonomisierung des Gesundheitswesens (DRG-Einführung) zu Lasten der unmittelbaren Pflege (Personalentwicklung, Unterbewertung der Pflege in den Finanzierungsmodalitäten)
- den damit einhergehenden konkurrierenden Verständnissen von Professionalismus (organisationaler versus berufsbezogener)
- der Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen für die Pflege.

Im Mittelpunkt dieses Kapitels stand die Arbeit von Pflegeführungskräften und Pflegekräften an der professionellen Pflegeverlaufskurve und den entsprechenden Kompetenzen als wichtiger Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und an der Verlaufskurve des Selbst des zu pflegenden Menschen und seiner Bezugspersonen. Die von den Pflegeführungskräften und den Pflegekräften zu leistende Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve wurde anhand der Erfahrungen mit PPM und PD diskutiert. Es wurde dargestellt, dass die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und am Selbst des zu pflegenden Menschen unabhängig vom Professionalisierungsstand der Pflege eine personenbezogene Arbeitsorganisation und eine Klärung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs der Pflege einschließlich der Schnittstellenbereiche zu anderen Berufsgruppen, vor allem zwischen Medizin und Pflege voraussetzt. Die Betrachtung der historischen Entwicklungslinien der Pflege in Deutschland und die Erörterung von Studien zur professionellen und organisationalen Sozialisation der Pflegekräfte erfolgte aus der Perspektive des pflegerischen Wissenssystems und der Nutzung von Pflege-theorien. In einem letzten Schritt wurde die Bedeutung der Grenz- und Artikulationsarbeit für die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und an der des Selbst der zu pflegenden Menschen sowie für die Arbeit an multiplen Verlaufskurven und für die Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurven aus verschiedenen Blickwinkeln untersucht.

Die Diskussion der Erfahrungen mit PPM und PD zeigt, dass die Verankerung einer professionellen Pflegepraxis ein komplexes und langwieriges Unterfangen ist. Es beinhaltet kontinuierliche Investitionen in die Entwicklung von Pflegekräften als ‚Wissensarbeiterinnen‘ von Seiten der Krankenhäuser/Unternehmen, der Pflegeführungskräfte und der Pflegekräfte. Die dem klassischen Professionsbegriff innewohnenden Strukturprobleme, die sich aus der **Inklusion der Pflege in den medizinischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich ergeben** und sich in dem damit verbundenen subordinate-superdominate-Muster und der Funktion als Vor-, Zu- und Nacharbeiterin des Arztes (Mülleimer-Fahrstuhl-Theorie, s. Kap. 4) zeigen, werden über die verschiedenen Entwicklungsprozesse von PPM und PD nicht quasi automatisch überwunden. Sie erfordern eine Auseinandersetzung mit dem Professionsverständnis, da das klassische Professionskonzept in der Tiefenstruktur der Organisationen, in den Köpfen der handelnden Personen und in den derzeitigen Debatten über den Professionalismus nachwirkt. Das aus dem klassischen Professionsverständnis resultierende subordinate-superdominate-Muster in seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen wird durch die büro-

kratische Funktionsweise der Krankenhäuser verstärkt. Die Bemühungen von PPM und PD, die Pflege als Profession zu verankern wie die Untersuchungen zur Professionalisierung zeigen, dass das Professionalismusverständnis Auswirkung darauf hat, wie die Pflege die im professionellen Handlungsmodell verkörperten Arbeitsweisen umsetzen und ihr professionsspezifisches Wissen zur Geltung bringen kann. Es bestehen grundlegende Unterschiede nicht nur zwischen den zwei idealtypischen Formen des Professionalismus, dem berufsbezogenen und dem organisationsbezogenen, sondern ebenso zwischen einer Professionalisierung *‘from within’* und einer *‘from above’*.

Ein wichtiger Dreh- und Angelpunkt der Entwicklungsprozesse und der Nutzung von theoretischen Ansätzen, wie der in dieser Arbeit entwickelten pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns, ist der **Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege**. Beide Ansätze, PPM und PD, versuchen, der Kritik an der traditionell verstandenen professionellen Arbeit durch eine **Orientierung am Patienten bzw. an den zu versorgenden Menschen** zu begegnen. Liegt der Schwerpunkt von PPM vor allem darin, die organisatorischen Rahmenbedingungen für die professionelle Arbeit in bürokratischen Expertenorganisationen auf den verschiedenen Ebenen, von der Pflegekraft-Patient-Beziehung bis zur Geschäftsführungsebene zu schaffen, fokussiert PD vor allem auf die Entwicklung der professionellen Expertise und auf das Bewusstmachen der eigenen Wissensbasis. Die Bedeutung, die den Theorien als intellektuelle Ressourcen für die Klärung, Behauptung und Verteidigung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs zukommt, scheint sich im Ansatz der PPM erst allmählich durchzusetzen, wohingegen der Wissensbasis der Pflege im Ansatz der PD eine zentrale Rolle zukommt. Aber auch hier bleibt der Status von Pflege-theorien ungewiss. Die grundlegende Bedeutung, die Pflege-theorien als Teil der Wissensbasis bei der Wahrnehmung und Behauptung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs, bei der Arbeits- und Beziehungsgestaltung sowie bei der Gestaltung und Aushandlung von professionellen Rollen in den Professionen insgesamt zukommt, wird in beiden Ansätzen unterschätzt. Gleichwohl werden die Gefahren, einer *organisationsbezogenen* Professionalisierung, die das erwähnte Strukturproblem der Pflege eher perpetuiert anstatt es zu überwinden, in beiden Ansätzen erkannt. Nach den vorliegenden Ergebnissen zu PPM und PD besteht die zentrale Aufgabe der Führungskräfte darin, ein professionelles bzw. produktives Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem professionelle WissensarbeiterInnen ihr Potenzial entfalten und weiterentwickeln können. Von daher kommt in beiden Ansätzen den Führungspersonen eine Schlüsselfunktion zu. Das **klinische Leadership** auf den verschiedenen Führungsebenen ist ein kritischer Faktor, dem in beiden Ansätzen Rechnung getragen wird. Es ist erkannt worden, dass die Führungskräfte, insbesondere die Stationsleitungen, für die Wahrnehmung des klinischen Leaderships von Professionellen, also von **Wissensarbeiterinnen**, am schlechtesten vorbereitet sind und einer entsprechenden Qualifizierung bedürfen. Die Ergebnisse der Magnet-Hospital-Studien, insbesondere die Erkenntnisse zu den acht Prozessen der *Essentials of Magnetism*, den **EOM**, geben wichtige Hinweise für die Umsetzung von PPM und PD, aber auch für die Nutzung der pragmatistisch-interaktionistischen Theorie des Pflegehandelns. So bezieht sich eines der acht EOM auf das unterstützende Führungs- und Managementverhalten. Von den Pflegeführungskräften wird erwartet, **„Professionelle zu führen, statt Angestellte zu managen“**. Die Pflegekräfte sollen also in ihrem Entwicklungsprozess zu selbstständig handelnden ‚knowledge workers‘ unterstützt werden, um das in der Ausbildung/im Studium vermittelte und in der Praxis erworbene Wissen nutzen zu können. Werden diese Forderungen auf die Arbeit an den professionellen Pflegeverlaufskurven bezogen, dann kommt den Pflegeführungskräften bei der Förderung/Weiterentwicklung des pflegerischen Wissen und der professionellen pflegerischen Handlungskompetenzen eine Schlüsselfunktion zu. Auffällig ist die untergeordnete Rolle, die den pflege-theoretischen Ansätzen in der Pflegeführungsliteratur beigemessen wird, bzw. genauer: ihr Nichtvorhandensein. Die Beziehung, die zwischen dem pflegerischen Wissenssystem und damit den pflege-theoretischen Ansätzen und der Behauptung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs besteht, bleibt in Bezug auf die konkrete Pflegepraxis diffus. Die Bezugnahme auf diese Wissensbasis ist aber von herausragender Bedeutung für die Artikulation und Interpretation der organisatorischen und klinischen Aufgaben der Pflege und für

die Entwicklung einer Vision von einer organisationalen kollektiven Pflegeverlaufskurve wie von einer individuellen professionellen Pflegeverlaufskurve.

Die erneute Befassung mit dem Wissenssystem der Profession und ihrer konkreten Arbeit, deren Bindeglied der professionsspezifische Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich ist, hat die Bedeutung der klinischen Entscheidungsfindung und der *Artikulationsarbeit* als eines wichtigen Arbeitstypus der ‚cultural work‘ unterstrichen. Die klinische Entscheidungsfindung als Kernelement des professionellen Handelns nimmt Bezug auf das Wissenssystem. Hier kommt das in der Pflege viel diskutierte Konzept der *Autonomie* zum Tragen. Es wird im Handeln der Pflegenden verkörpert, wobei sich konkret zeigt, ob eine Pflegekraft sich mit der pflegerischen Aufgabe und dem Wissenssystem der Pflege identifiziert, ob sie auf Wissen gründende verbindliche Entscheidungen treffen kann und ob sie die Autorität hat, die Entscheidungen zu treffen. Die *Artikulationsarbeit* beinhaltet, die Pflege als Handeln in Begriffen und Konzepten zu denken und zu kommunizieren. Durch sie wird die zu leistende Pflege benannt, wird die erforderliche Arbeitsteilung ausgehandelt und wird die Arbeit aller Beteiligten in Bezug auf die multiplen Pflege- und Krankheitsverlaufskurven des jeweiligen Patienten aufeinander bezogen und integriert. Entwicklungen in Ländern wie den USA, Kanada, UK oder Australien zeigen, dass die Behauptung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs *auf der Arbeitsebene* ein hochkomplexes, spannungsgeladenes, konflikthafte und widersprüchliches Unterfangen ist, bei dem der Arbeitsorganisation und der positiven Sanktion des Pflegewissens eine entscheidende Rolle zukommt. Hierfür bedarf es einer grundsätzlichen *Klärung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs* auf der betrieblichen Ebene. Die entsprechende *Zuweisung von Verantwortung* für die Pflege von Patienten ist eine weitere wichtige organisatorische Voraussetzung, damit die Pflegekräfte die Fähigkeit zur eigenständigen Problemlösung entwickeln und die klinische Entscheidungsfindung aktiv wahrnehmen können. Beides ist für den Verlauf der professionellen Pflegeverlaufskurve wie für die Qualität der von den Pflegekräften zu leistenden Arbeit an den Pflegeverlaufskurven, am Selbst und an den Krankheitsverlaufskurven der von ihnen zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugssysteme von fundamentaler Bedeutung.

Veränderungen des professionellen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs werden im Handlungsmodell von Abbott (s. Kap. 4) unterstellt. Die Tiefenwirkung des klassischen Professionsverständnisses spiegelt sich in einer beobachtbaren Auslegung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs wider, die primär in den *vertrauten Handlungs-, Denk- und Organisationsmustern* (Gewohnheiten) der Müllereimer-Fahrstuhl-Theorie erfolgt, wobei das zwischen Medizin und Pflege historisch bestehende Über- bzw. Unterordnungsverhältnis nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird. Die Überwindung des traditionellen Arrangements des pflegerisch-medizinischen Überlappungsbereichs auf theoretischer und praktischer Ebene ist die Voraussetzung, damit die Pflege ihren Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich in einem multiprofessionellen Arbeitskontext behaupten und weiterentwickeln kann. Ein Vehikel für grundlegende praxisbezogene Veränderungen ist das Konzept der dezentralen Entscheidungsfindung, das die organisationale wie die klinische Entscheidungsfindung umfasst. Es stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Wissen und der Arbeit der Professionellen dar. Die Fähigkeit zur klinischen und organisatorischen Entscheidungsfindung entwickelt sich im Kontext des organisatorisch sanktionierten Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs. Die historisch gewachsene Beziehung zwischen dem eigenständigen und dem mitwirkenden Bereich innerhalb des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs erschwert die Herausbildung wie die Behauptung eines genuinen pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs. Sie begünstigt stattdessen pathologische Beziehungsstrukturen nebst entsprechend verzerrten Identitäten in der Pflege ebenso wie in der Medizin. Um dem entgegenzuwirken, bietet sich aus professionstheoretischer Sicht als einzig denkbare Lösung eine *Auflösung des bestehenden Professionskonstrukts* an. Der Pflege muss wie allen anderen Gesundheitsberufen die *volle Zuständigkeit für ihren eigenen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich zugestanden werden*.

Die Notwendigkeit, der Pflege die volle Zuständigkeit für *ihren Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich* auf legaler wie betrieblicher Ebene zu geben, wurde anhand der Diskussion der *Grenzarbeit* ein weiteres Mal bestätigt. Bei der Artikulation des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs erfolgt eine Grenzziehung zu anderen Berufen/Professionen. Über die *Grenzarbeit* wird das jeweilige ‚Hoheitsgebiet‘ unter Bezugnahme auf das professionelle Wissenssystem abgesteckt.

Grenzen und Grenzarbeit sind notwendig, um *Rollenklarheit* zu erlangen, und damit für die Entfaltung einer *eigenständigen Praxis*. Grenzen gehen Objekten voraus. Die Theorie des Pflegehandelns als Bestandteil des pflegerischen Wissenssystems in Form eines *kognitiv-symbolischen Bezugsrahmens* liefert die intellektuellen Mittel für die Konstruktion des Objekts ‚Professionelle Pflege‘. Diese Mittel sind erforderlich, damit die Pflege sich als Profession bei der Neuausrichtung der diversen Arbeitsbeziehungen, sei es zum zu pflegenden Menschen, zu anderen Professionen oder auch Abteilungen, argumentativ von diesen *abgrenzen* und sich zugleich *zu ihnen in Beziehung setzen* kann. Sich von Anderen bzw. von etwas abzugrenzen und sich zu Anderen bzw. zu etwas in Beziehung zu setzen, ist ein wesentliches Merkmal der ‚Grenzarbeit‘

Bei der zu leistenden Grenzarbeit sind Grenzverwischungen oder Grenzverzerrungen unvermeidbar. Hierbei werden das berufliche Selbst, das Selbstkonzept und die Identitäten in Frage gestellt. Eine Veränderung des pflegerischen Wissenssystems, in dem das *medizinische Wissen nur eine von mehreren Wissensformen ist*, verändert nicht nur die bisher bestehenden Grenzen, sondern auch die Überlappings- oder Schnittstellenbereiche. Sie führt zu neuen Deutungen pflegerischer Phänomene. Über den Gebrauch des pflegerischen Wissenssystems bei der klinischen Entscheidungsfindung, bei der Gestaltung von Arbeitsbeziehungen, drückt die Pflege den *Wert aus, den sie der Pflege als Profession beimisst und welche Werte sie mit dem Pflegen verbindet*. Darüber hinaus vermittelt sie dadurch den pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich auch gegenüber den Patienten und anderen Berufsgruppen.

Die handlungsleitende Funktion des Wissens kommt beim Pflegehandeln in seiner kodifizierten, expliziten Form und in seiner nicht-kodifizierten, impliziten Form in vielfältiger Weise zum Tragen. Das kodifizierte Wissen umfasst als Teil des persönlichen Wissens die kognitiven Ressourcen, die ein Mensch in eine spezifische Situation einbringt und die es ihm erlauben zu denken. Ideen, Konzepte und Theorien verstanden als intellektuelle Werkzeuge und als ‚Handlungsverläufe‘ werden zum Zwecke der Problemlösung mit anderen Handlungen verknüpft. Sie stellen intellektuelle Mittel der *Situationsdefinition* dar, mittels derer die Pflegekräfte pflegerische Phänomene wahrnehmen, benennen und problematisch gewordene pflegerische Situationen deuten, ein auf die Zukunft hin ausgerichtetes pflegerisches Handeln gedanklich antizipieren und gemeinsam mit dem zu pflegenden Menschen planen. Es sind Werkzeuge in Form von Hypothesen, deren Brauchbarkeit sich im Handeln bewährt und die anhand der aus dem Handeln resultierenden praktischen Konsequenzen (Ergebnisse) bewertet werden.

Die Nachzeichnung der historischen Entwicklungslinien hat die starke Wirkungsgeschichte der Heils- und der Heilpflege für die deutsche Pflege erneut deutlich gemacht und die Rolle der Krankheit als ein in beiden Welten beheimatetes Grenzobjekt identifiziert. Der Nachteil dieses *Grenzobjekts* für die Pflege besteht darin, dass es die Pflege an die Krankheit und an die beiden Welten fixiert und auf diese Weise die Herausbildung einer genuinen Identifikation mit der Pflege erschwert. Die Funktionalität dieses Grenzobjekts in einer Zeit, in der zunehmend chronische Krankheiten vorherrschen, muss bezweifelt werden, weshalb sich ein Wechsel des Grenzobjekts in Gestalt der Verlaufskurven bzw. multiplen Verlaufskurven anbietet. Die Attraktivität dieses Grenzobjekts besteht darin, dass es den Fokus auf die jeweils zu leistende Arbeit und deren prozesshaften Charakter lenkt. Ein anderes Grenzobjekt wurde in den Kompetenzen gesehen, ein Begriff, der ebenfalls in verschiedenen sozialen Welten beheimatet ist. Bei der Re-

konstruktion der professionellen Pflegeverlaufskurve anhand verschiedener Studien konnten kritische Punkte und Phasen identifiziert werden, deren Handhabung Auswirkungen auf deren Verlauf hatten. Als kritische Punkte im Studium erwiesen sich der Erwerb einer professionellen Identität, die eine Ablösung von der persönlichen Identität beinhaltet. Bei der Ausdifferenzierung beider Identitäten kommt der Praxis in Gestalt des Pflegeteams eine ausschlaggebende Rolle zu. Weiter sind Images und die Fähigkeit, solche zu bilden, von großer Bedeutung. Letzteres kann durch entsprechende Praxiserfahrungen und eine adäquate Unterstützung gefördert, aber auch behindert werden. Die Rolle von Wissen konnte anhand des Prozesses des *Building on a Foundation of Knowledge by 'Taking it all in'* aufgezeigt werden. Bei dem Prozess der Internalisierung des Gelernten spielen wiederum die vermittelten Werte und theoretischen Konzepte eine Rolle. Es handelt sich um einen Prozess der fortlaufenden **Rekonstruktion** aufgrund neuer Erfahrungen und des Erlernens weiterer Konzepte. Für die Entwicklung einer professionellen Haltung ist die **gemeinsame Reflexion klinischer Erfahrungen** von Studierenden und Lehrenden wesentlich. In der Studie von Jensen/Lahn (2005) wurde die Bedeutung von Pflegekonzepten und –theorien als ‚Wissensobjekte‘ und als **symbolisches Kapital** der professionellen Pflege unterstrichen.

Der Übergang von Studium/Ausbildung in den Beruf, d.h. in die **organisationale Sozialisation** ist ein wichtiger ‚*turning point*‘. Hier bilden die Rahmenbedingungen der Arbeitswelt den Hintergrund für die professionelle und organisationale Sozialisation. Sie beeinflussen ebenso wie das Pflegeteam und das erweiterte interdisziplinäre Team die Arbeit an der professionellen Verlaufskurve. Das Modell von Duchscher mit den drei Phasen des Tuns, des Seins und des Wissen gibt wichtige Aufschlüsse für die zu leistende Arbeit auf der Seite der Führungskräfte und auf der der Pflegekräfte. Die Arbeiten zum arbeitsplatzbezogenen Lernen von Professionellen, stützen die Erkenntnisse Duchschers. Sie betonen die zentrale Rolle, die den Stationsleitungen bei der direkten oder indirekten Unterstützung der ‚Neuen‘ zukommt.

Auch die anderen hier referierten Arbeiten machen deutlich, dass die Arbeit an der professionellen Verlaufskurve ein ‚*ongoing concern*‘ ist, dem sich Führungskräfte wie Pflegekräfte gleichermaßen verpflichtet fühlen sollten. Auch hier wurden das Team und die Qualität der interpersonalen Beziehungen als kritischer Erfolgsfaktor ausgemacht.

Insgesamt geben die Studien zum professionellen Selbstkonzept bzw. zur professionellen Identität wenig explizite Hinweise auf einen möglicherweise bestehenden Zusammenhang von pflegetheoretisch geleiteter Pflegepraxis und professionellem Selbst. Solche Hinweise finden sich eher implizit im ‚*Caring*‘. Eine andere wichtige Erkenntnis besteht darin, dass die Vorstellung von Pflege als einer Profession nicht automatisch an die Vorstellung einer pflegetheoretisch geleiteten Praxis gebunden ist. Alle Untersuchungen weisen jedoch auf die Bedeutung der interpersonalen Beziehungen für die Entwicklung, Weiterentwicklung und Verfeinerung der Kompetenz zur Pflege anderer Menschen und der Ausbildung eines (belastbaren) professionellen Selbst und Selbstkonzepts hin. Der allgemeine Modus der Beziehungsgestaltung, d.h. die Struktur und Art der (Arbeits)-Beziehungen hat Auswirkungen auf die Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung und auf das, was in dieser Beziehung möglich ist. Sie wirkt sich darüber hinaus auf die Entwicklungsmöglichkeit pflegerischer Kompetenzen, des professionellen Selbst, des Selbstkonzepts und professioneller Identitäten aus. Alle Studien belegen die Bedeutung, die die **organisationale Sozialisation** für die Wahrnehmung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege hat.

Schließlich wurde ein Blick auf die **Kompetenzentwicklung** geworfen. Voraussetzung dafür ist wiederum die Artikulation und inhaltliche Bestimmung des pflegerische Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs. Dieser steckt den Erwartungshorizont für die zu erreichenden Entwicklungsziele bei der Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve ab. Die **Grenzen** und **Schnittstellen zu anderen Berufen** müssen bestimmt werden. Dass dies eine Voraussetzung

für die Herausbildung des professionellen Selbst und Selbstkonzepts ist und für eine gelingende Zusammenarbeit mit den zu pflegenden Menschen und mit den anderen Berufsgruppen, wurde anhand der klinischen Entscheidungsfindung und Beziehungsgestaltung gezeigt. Auch in diesem Zusammenhang wurde die Bedeutung herausgearbeitet, die der Identifikation der Pflegekräfte mit dem pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich und dem mit ihm verbundenen Wissenssystem bei der aktiven Herstellung und Wahrnehmung des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs sowie dessen Weiterentwicklung zukommt. Die Pflegekräfte müssen in multiprofessionellen Arbeitskontexten in der Lage sein, in den überlappenden Bereichen eigenständig zu handeln. Eine ‚eigenständige Praxis‘ zeichnet sich durch zwei Arten von klinischen Entscheidungen aus, und zwar eigenständigen und wechselseitig abhängigen. Eine solche Praxis muss betrieblicherseits gewollt und von den Führungskräften gefördert und eingefordert werden. Weiter setzt sie ein Verständnis des eigenständigen und des überlappenden Bereichs der Pflege voraus.

Der betrieblichen Bestimmung/Regelung des Schnittstellenbereichs Pflege/Medizin und dessen Sanktion kommt eine strategische Bedeutung für Entwicklungsprozesse in der Pflege zu. Darüber hinaus ist die inhaltliche Perspektive auf die diversen Schnittstellenbereiche wichtig. Sie hat Folgen für die Entwicklung und Förderung der klinischen Entscheidungsfindung im pflegerischen Bereich und in den verschiedenen überlappenden Bereichen. Aus pflegerischer Sicht beinhaltet die klinische Entscheidungsfindung zuallererst die Fähigkeit, **Pflege zu denken**. Untersuchungen zur klinischen Entscheidungsfindung weisen darauf hin, dass dem eigentlichen pflegerischen Wissen im Klinikalltag nach wie vor wenig Beachtung geschenkt wird und dass in der Zusammenarbeit Pflege und Medizin das medizinische Fallwissen gegenüber dem Wissen von der zu pflegenden Person und dem Wissen vom Patienten Vorrang hat.

Die **Unterschätzung** der Bedeutung des pflegetheoretischen Wissens für die Wahrnehmung und Behauptung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs, für die Arbeits- und Beziehungsgestaltung und für die Entwicklung zentraler Kompetenzen zieht sich wie ein roter Faden durch alle in diesem Kapitel untersuchten Aspekte. Die Nichtbeachtung und Nichtnutzung des pflegerischen Wissens wirkt sich auf vielfältige Art und Weise auf die Qualität der Beziehung zum Patienten und zu anderen Berufsgruppen und auf die eingenommene Perspektive auf die eigene Arbeit aus. Die Nichtbeachtung des Pflegewissens einschließlich der Pflgetheorien verhindert die Herausbildung eines beruflichen Selbst und Selbstkonzepts, beruflicher Identitäten und damit verbundener klarer Rollen/Funktionen. Ebenso wirkt sie sich auf die Kompetenzentwicklung aus, die, überspitzt gesagt, bei einer fehlenden Würdigung und Anerkennung des pflegerischen Wissens, bei einem ungeklärten pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich auf betrieblicher wie gesellschaftlicher Ebene die Pflegenden systembedingt (strukturell bedingt) in einem ‚unreflektierten Routine-Expertentum‘ wie in einem Käfig gefangen hält, statt sie zur Entwicklung einer pflegerischen Expertise zu ermutigen und dies mit vereinten Kräften zu fördern.

Um aus dieser Situation herauszukommen, ist eine kritische Auseinandersetzung mit den handlungsleitenden impliziten Theorien unabdingbar. Nur über eine solche Auseinandersetzung mittels unterschiedlichen Reflexionsmethoden kann deren Wirkungsweise beim Handeln nachvollzogen und verstanden werden. Das Nichtnutzen der mit den pflegetheoretischen Ansätzen bereit gestellten intellektuellen und symbolischen Ressourcen führt zu einer permanenten **Entwertung** und **Verkümmerung** derselben sowie zu einem Steckenbleiben in rigiden statt in flexiblen und intelligenten Gewohnheiten. Bildungsinvestitionen, sei es im Rahmen der Ausbildung/des Studiums oder im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen können auf diese Weise nicht Eingang in die Praxis finden. Das vermeintliche Transferproblem ist in einer fehlenden und unzureichenden Erfahrung der Nützlichkeit und Leistungsfähigkeit pflegetheoretischer Ansätze zu suchen. Die Nützlichkeit und Leistungsfähigkeit dieser Ansätze kann nur im Handeln erfahren werden, ebenso wie ein vertieftes und erweitertes Verständnis derselben nur über ihre Nutzung möglich ist. Auch die Konsequenzen sind nur im konkreten Handeln spürbar. Vergleicht man die Funktionsweise von Pflgetheorien mit

der Funktionsweise einer Sprache, wird sofort klar, dass eine unzureichende Sprachkompetenz mit einer entsprechenden Handlungs- und Problemlösungskompetenz korrespondiert.

Pflegerisches Arbeiten erfolgt in einem Netzwerk von Beziehungen. Um im Bild der Sprache zu bleiben, bedingt die Arbeit in diesem Netzwerk eine gewisse Offenheit für eine Mehrsprachigkeit oder in den Worten Stars, eine Offenheit für eine ‚epistemologische Demokratie‘ als Voraussetzung einer ‚klinischen Demokratie‘, die der Stimme des Patienten ebenso Verhör verschafft wie den Stimmen der an seiner Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Die nach wie vor bestehende Dominanz der medizinischen Sprache und des medizinischen Wissens, an die sich der ökonomische Diskurs anlehnt, und die in der Konsequenz zu einer zunehmenden Entwertung des pflegerischen Wissenssystems führt, erweist sich als schwerwiegendes Hindernis für die Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve. Sie begrenzt die Arbeit an den multiplen Verlaufskurven der zu pflegenden Menschen in einer Weise, deren individuelle und gesellschaftliche **Kosten** in der Form der erreichten oder nicht erreichten *Outcomes* wie Lebensqualität, wie dem Aufrechterhalten, Aneignen oder systembedingten Vernichten von Kompetenzen in den beiden Pflegeformen erst nach und nach deutlich werden. Die Dominanz der medizinischen Sprache und des medizinischen Wissens, die durch den ökonomischen Diskurs noch verstärkt werden, erweist sich darüber hinaus als schwerwiegendes Hindernis für die Entwicklung der intraprofessionellen Beziehungen, für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung Pflege/Medizin und für die interprofessionellen Beziehungen.

Das Pflegewissen als symbolisches Kapital und intellektuelles Mittel, als wichtiger Anker und Bezugspunkt für die Herausbildung eines professionellen Selbst, Selbstkonzepts und professioneller Identitäten, kann bei einem symbiotischen Verhaftet-Bleiben im Medizinischen sein Potenzial nicht entfalten. Ebenso wenig kann die Bedeutung des medizinischen Wissens in Bezug auf die Erhaltung pflegerischer Kompetenzen in beiden Pflegeformen erfasst werden. Die Erfassung des aktuellen krankheitsbedingten Pflegebedarfs reicht für eine erfolgreiche Arbeit an den Pflege- und Krankheitsverlaufskurven nicht aus. Stattdessen muss die professionelle Pflege ihre Aufmerksamkeit auf die vor der Krankheit schon vorhandenen **Pflegekompetenzen** sowie auf das **Pflegepotenzial** des zu pflegenden Menschen einschließlich seiner Lebenssituation lenken. Diese Pflegekompetenzen können durch das akute Krankheitsgeschehen tangiert werden und die Arbeit an den Pflegeverlaufskurven beeinflussen. Der Fokus auf die Pflegekompetenzen des zu pflegenden Menschen ist notwendig, damit die in der privaten wie in der öffentlichen Sphäre geleistete Arbeit an den Pflegeverlaufskurven und im Fall chronischer Erkrankungen auch die Arbeit an der Krankheitsverlaufskurve in den professionellen Blick gerät. Erst dies erlaubt, an die vorhandenen **Pflegekompetenzen und -potenziale** des zu pflegenden Menschen anzuknüpfen, deren Aufrechterhaltung zu unterstützen bzw. deren Anpassung an veränderte Lebensumstände zu fördern.

Bei der Durchbrechung eingefahrener Gewohnheiten des Denkens und des Handelns kommt dem **informellen Lernen** am Arbeitsplatz eine Schlüsselfunktion zu. Auf diese Form des Lernens können die Führungskräfte in der Pflege Einfluss nehmen. Dazu müssen sie nicht nur den zwischen dem theoretischen Wissen (*know-that*) und dem praktischen Wissen (*know-how*) bestehenden Zusammenhang verstehen, sondern mit Blick auf die Entwicklung einer professionellen Expertise auch die Bedeutung und Funktionsweise so genannter Gewohnheiten in ihrer positiven wie negativen Form. Dies verlangt vor allem eine Beschäftigung mit dem täglichen professionellen Handeln und dem Arbeitsumfeld sowie mit den Teams (den intra- wie den interprofessionellen), in denen die Pflegekräfte arbeiten. Und es setzt die Identifikation der die Entwicklung der Pflegeexpertise fördernden Faktoren voraus. Dies wiederum verlangt ein differenziertes Verständnis von Expertentum, um die an den Rändern erfolgende Kompetenzentwicklung gezielt fördern zu können.

Die Durchbrechung eingefahrener Gewohnheiten des Denkens und Handelns bedingt ein Verlernen dieser Gewohnheiten und das Erlernen neuer ‚Gewohnheiten‘ auf der Basis des Kennenlernens und Anerkennens verschiedener Wissensformen, einer Klärung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs einschließlich einer Klärung der verschiedenen Schnittstellen mit den Ziel der Förderung kollegialer Arbeitsbeziehungen und partnerschaftlicher Beziehungen zu den Patienten. Gefordert ist nicht ein oberflächliches, sondern ein in die Tiefe gehendes Verlernen. Aufgrund der Trägheit von Gewohnheiten, Menschen und Systemen wird das geforderte Verlernen und Neulernen in einer Krise eher begünstigt. Dies kann auch heißen, dass die Motivation für die geforderten Lernprozesse erst in dem Moment entsteht, wo ein Krankenhaus nicht mehr in der Lage ist, ausreichend Pflegekräfte an sich zu binden, wo Patienten das Haus aufgrund fehlender Qualität der Versorgung meiden oder wo es über keine hinreichende Anpassungsfähigkeit verfügt, um sich am ‚Markt‘ zu behaupten.

Die Erfahrungen im Bereich von PPM und PD belegen, dass die Verankerung der professionellen Rolle der Pflege und die Arbeit an der professionellen Verlaufskurve in einem sich immer schneller wandelnden Gesundheitswesen ein anspruchsvolles, langwieriges und störanfälliges Unterfangen ist, das ohne die Unterstützung durch einen Betrieb/ein Unternehmen, ohne die Unterstützung durch die Führungskräfte, ohne die Nutzung und Weiterentwicklung des Pflegewissens als Basis der Kompetenzentwicklung und ohne ein *Commitment* der einzelnen Pflegekräfte gegenüber der eigenen professionellen Verlaufskurve nicht gelingen kann. Sie zeigen aber auch die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegewissens und der daraus abzuleitenden Pflegekompetenzen. Das Sichtbarmachen dieser Kompetenzen ist eine Aufgabe der Pflegewissenschaft ebenso wie der Pflegeführungskräfte und der Pflegekräfte selbst. Es erfordert die Fähigkeit zum *intraprofessionellen* und zum *interprofessioneller Dialog* und **die Fähigkeit zur aktiven Aushandlung**. Dieses wiederum setzt eine entwickelte Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zum intelligenten Mitfühlen voraus.

Zusammengefasst hängt die Pflege, die ein Patient in einem Krankenhaus erhält, von mehreren Faktoren ab wie, nämlich

- von der inhaltlichen Bestimmung des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs
- von der Organisation der Pflegearbeit
- von den Kompetenzen der einzelnen Pflegekräfte und davon, wie diese auf der Station und im Krankenhaus gefördert werden
- vom professionellem Selbstverständnis der Pflege in einem Haus
- von den geteilten Werten und dem anerkannten Wissen im intra- und interprofessionellen Team
- von den Denk- und Handlungsgewohnheiten
- und nicht zuletzt davon, welche Entscheidungen positiv sanktioniert werden und welche nicht.

Die Nutzung oder Nichtnutzung pflegetheoretischer Ansätze und des pflegerischen Wissens wirkt sich zwangsläufig auf die Interpretation der Reichweite des pflegerischen Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs, auf die Bestimmung seiner Grenzen, auf die pflegerischen Aufgaben und schließlich auf die Qualität der Pflege eines Menschen aus. Eine pflegetheoretisch geleitete Pflegepraxis setzt den Untersuchungen zufolge eine radikale Transformation bestehender Mentalitäten voraus und ist dabei auf ein unterstützendes, förderndes und ermächtigendes Lernumfeld angewiesen, das zwar nicht vorausgesetzt, an dem aber gearbeitet werden kann.

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 2.1: Lebens- und Pflegemodell (s. Roper et al. 1996a: 293)	32
Tab. 2.2: Vergleich Henderson und Roper et al.	45
Tab. 2.3: Entwicklungsphasen im Verlauf der Lebensspanne	47
Tab. 2.4: Die AEDL nach Krohwinkel 1993	56
Tab. 3.1: Gruppe von Impulsen nach Mead (MSS: 348f; GIG: 398f)	74
Tab. 4.1: Interaktionsformen nach Pongratz (2005: 66)	179
Tab. 4.2: Zusammenarbeit der verschiedenen Berufe/Professionen	182
Tab. 4.3: Orte und Arbeitsformen, die das Pflegehandeln beeinflussen	192
Tab. 5.1: Inhalte des Selbst-Systems	218
Tab. 6.1: Zentrale Elemente des RAM	243
Tab. 6.2: Annahmen des RAM nach Roy	244
Tab. 6.3: Schritte des Pflegeprozesses	260
Tab. 6.4: Übersicht erstellt nach Buck basierend auf einer Arbeit von Joan Cho.	264
Tab. 6.5: Zuordnung der Adaptationsmodi zu den Konzepten des RLT-Modells	267
Tab. 6.6: Übersicht über Forschungsschwerpunkte nach BBARNs	270
Tab. 6.7: Hinweise auf Aktivitäten/Funktionsweise von Regulator und Cognator	271
Tab. 6.8: Zusammenstellung von positiven Indikatoren und wiederkehrenden Adaptationsproblemen	272
Tab. 7.1: Ausgewählte Konzepte eines systemtheoretischen Bezugsrahmens	280
Tab. 7.2: Struktur, Prozess und Outcome der Pflege nach King	280
Tab. 7.3: Zusammenhang zwischen Theorie und Methode nach King	294
Tab. 7.4: Kings konzeptuelles System und die Konzepte des RLT-Modells	298
Tab. 8.1: Übersicht über die Konzepte in den pflegetheoretischen Ansätzen	307
Tab. 8.2: Mit den AL zusammenhängende Handlungskomplexe	332
Tab. 8.3: Phasen, soziale Welten/Arenen und Institutionen/Erfahrungsräume	336
Tab. 8.4: Ebenen, auf denen das Stocken des Handlungsflusses zum Tragen kommen kann + Ebenen, wo die Folgen sichtbar werden	373
Tab. 9.1: Elemente eines PPM nach Hoffart/Woods (1996: 354ff)	395
Tab. 9.2: Das Struktur-Prozess-Outcome-Paradigma nach Kramer/Schmalenberg	397
Tab. 9.3: Die Rollenverantwortung der Pflegedirektorin/des Pflegedirektors: Organisatorische und professionelle Komponenten	401
Tab. 9.4: Eine Typologie des informellen Lernens nach Eraut	454
Tab. 9.5: Interaktion zwischen Zeit, Erkenntnisform und Prozessart nach Eraut	454
Tab. 9.6: Aufgaben im eigenständigen und im überlappenden Bereich der Pflege nach Kramer/Schmalenberg	467
Tab. 9.7: Autonomiebereiche, Patientenerfordernisse und motivierende Faktoren nach Kramer/Maguire/Schmalenberg	467

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1.1 Inhaltlicher Leitfaden der Arbeit	28
Abb.2.1 AL und Maslowsche Bedürfnispyramide	37
Abb. 2.2: Individualisierte Pflege als dynamischer Prozess auf Basis des RLT-Modells	52
Abb. 2.3: Pflegerisches Handeln im Verlauf der Lebensspanne und im gesellschaftlichen Kontext	61
Abb. 3.1: Dialogische Struktur des Selbst	105
Abb. 4.1. Eheparadigma in der Pflege	159
Abb. 4.2: Soziale Welt der Heilspflege und der Heilpflege	160
Abb. 4.3: Vom doppelten zum einfachen Eheparadigma	161
Abb. 4.4: Die Mülleimer und Fahrstuhltheorie	162
Abb. 4.5: historisch herausgebildete Berufswege	164
Abb. 4.6 Allgemeines professionelles Handlungsmodell	172
Abb. 4.7 Autoritäts- und Zuständigkeitsbereich der Pflege nach KrPflG 2003 und KrPflAPrV 2003	175
Abb. 4.8: Funktionskreise nach Rohde	184
Abb. 4.9: Bedingungsmatrix	197
Abb. 4.10: Analyserahmen	199
Abb. 6.1: Vereinfachte Darstellung eines einfachen System nach Roy/Andrews	244
Abb. 6.2: Menschen als adaptive Systeme nach Roy/Andrews	244
Abb. 6.3: Wesentliche Elemente des RAM nach Roy/McLeod	250
Abb. 6.4: graphische Darstellung des menschlichen adaptiven Systems nach Roy/Andrews	253
Abb. 6.5: Die Teilaspekte bzw. Subsysteme des Selbstkonzept-Modus nach Roy	254
Abb. 6.6: theoretische Basis des Modus der Gruppenidentität	257
Abb. 6.7: eine modifizierte Darstellung des RAM nach Limandri	269
Abb. 7.1: Dynamische miteinander interagierende Systeme nach Daubenmire/King (1973: 513)	277
Abb. 7.2: Ein Modell des Prozesses menschlicher Interaktionen, das der Theorie der Zielerreichung zugrundeliegt nach King	292
Abb.7.3: Schematische Darstellung der Theorie der Zielerreichung nach King (1981: 157).	295
Abb. 7.4: Prozess der Wissensentwicklung in der Pflege nach King (1997b: 9).	296
Abb. 8.1: Pflegehandeln in Selbstbeziehung und in interpersonalen Beziehungen	312
Abb. 8.2: Die Schnüre der Pflegeverlaufskurven und die Schnur - Verlaufskurve des Selbst	329
Abb. 8.3: Entwicklungs- und Veränderungsprozesse nach dem RLT-Modell und dem Konzept der Pflegeverlaufskurven	330
Abb. 8.4: Erfahrungsräume	337
Abb. 8.5: Bezug der pflegetheoretischen Ansätze zum Meadschen Handlungsmodell	338
Abb. 8.6: Werte/Emotionen im Meadschen Handlungsmodell	347
Abb. 8.7: Zentrale Objekte des Pflegehandelns + die AL	365
Abb. 9.1: Innovationstreiber der Gesundheitsversorgung nach Kimball et al. (2007: 393)	395
Abb. 9.2: Organisatorischer Bezugsrahmen	406
Abb. 9.3: Eigenständiger und mitwirkender Bereich des Autoritäts- und Zuständigkeitsbereichs lt. KrPflG 2003	408
Abb. 9.4: Das Konzept R-A-A aus der Sicht des Professionalismus als Wert	411
Abb.9.5: Überlappungs-und Schnittstellenbereiche	413
Abb. 9.6: Handlungsmodell von Medizin und Religion	416
Abb. 9.7: Theorie des abgestuften Übergangs (Transition) nach Duchscher	434
Abb. 9.8. Initiierung und kontinuierliche Arbeit an der professionellen Pflegeverlaufskurve	442
Abb. 9.9: Kontext der klinischen Entscheidungsfindung und Beziehungsgestaltung	444
Abb. 9.10: Zusammenschau von Leistungsvermögen (nach Eraut 1998: 137) und das Kompetenzmodell nach Benner	450
Abb. 9.11: Schnittstellenbereich Pflege/Medizin	465

LITERATURVERZEICHNIS:

- Abbott Andrew 1988: *The Systems of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press, Chicago
- Abbott Andrew 1995: *Things of Boundaries*. In: *Social Research*, Vol. 62, No. 4 (Winter 1995): 857-882
- Abbott Pamela, Claire Wallace (eds.) 1990: *The Sociology of the Caring Professions*. The Falmer Press, London
- Abel Emily K., Margaret K. Nelson 1990: *Circles of Care: An Introductory Essay*. In: Abel Emily K., Margaret K. Nelson (eds.): *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*. State University of New York Press, New York: 4- 34
- Abels, Heinz 1998: *Interaktion, Identität, Präsentation. Eine kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie*. Westdeutscher Verlag, Opladen / Wiesbaden
- Abels Heinz 2006: *Identität*. Lehrbuch, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Abermeth Hilde-Dore 1978: *Patientenzentrierte Krankenpflege. Ein Arbeitsbuch*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Aboulafia Mitchell 1993: *Was George Herbert Mead a Feminist?* In: *Hypatia* vol.8, no. 2 (Spring) 145-158
- Aboulafia Mitchell 2001: *The Cosmopolitan Self. George Herbert Mead and Continental Philosophy*. University of Illinois Press, Urbana and Chicago
- Acker, Joan 1990: *Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations*. In: *Gender & Society*, Vol. 4, No. 2, June: 139 – 158
- Acker Joan 2006: *Inequality Regimes. Gender, Class, and Race in Organizations*. In: *Gender & Society*, Vol. 20, No. 4, Aug.: 441-446
- Ackerknecht Erwin 1989: *Geschichte der Medizin*. 6. durchgesehene und ergänzte Auflage. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- Adam Evelyn 1991: *To Be A Nurse*. 2nd Edition, W.B. Saunders Company, Toronto
- ADS und Deutsche Schwesterngemeinschaft E.V. 1958/1969: *Die Pflege des kranken Menschen. Lehrbuch für Krankenpflegeschulen*. 6. Auflage, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Advances in Nursing Science (ANS) 2005: *Theory and Practice*, Vol. 28 (1)
- Advances in Nursing Science (ANS) 2008: *Theory, Evidence, and Practice*, Vol. 31 (4)
- Aggleton Peter, Helen Chalmers 1986: *ROPER, LOGAN and TIERNEY's Activities of Living Model of Nursing*. In: Aggleton Peter, Helen Chalmers: *Models and the Nursing Process*. Macmillan Education, Houndmills, Basingstoke, Hampshire & London: 27 - 36
- Aggleton Peter, Helen Chalmers 2000: *ROPER, LOGAN and TIERNEY's Activities of Living Model of Nursing*. In: Aggleton Peter, Helen Chalmers: *Nursing Models and Nursing Practice*. 2nd Edition, Palgrave, Houndmills, Basingstoke, Hampshire & London: 45 – 61
- Aiken, Linda H., Clarke, S. P., Sloane, D.M. 2000. *Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes?*. *Journal of Health and Human Services Administration*, 23, 416-40.
- Aiken Linda H., Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie A. Sochalski 2001: *An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments; The Case for Reform*. In: *Policy, Politics & Nursing Practice*, Vol. 2 (4): 255 - 263
- Aiken Linda et al. 2002 *Hospital Nurse Staffing, Patient Mortality, and Nurse Burnout and Dissatisfaction*. In: *JAMA*, Oct. 23/30, Vol. 288 (16): 1987-1993
- Aiken Linda, H. S.P. Clarke et al. 2003: *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. In: *Journal of the Medical Association*, 290 (12): 1617-1623
- Aiken, Linda H. 2008: *Economics of nursing. Policy, Politics, & Nursing Practice*, 9 (2), 73-79.
- Akinsanya Justus, Greg Cox, Carol Crouch, Lucy Fletcher 1997: *Pflege nach Roy*. Lambertus Verlag, Freiburg
- Alcoff Linda Martín 2006: *Visible Identities. Race, Gender, and the Self*. Oxford University Press, Oxford
- Alfarao-LeFebvre Rosalinda (2007): *Critical Thinking and Clinical Judgement. A Practical Approach to Outcome-Focused Thinking*. Saunders Elseviers, St. Louis, Missouri
- Algaire Donna L., Sarah E. Newton, Patricia A. Higgins 2001: *Nursing Theory Across Curricula: A Status Report from Midwest Nursing Schools*. In: *J. of Professional Nursing*, Vol. 17, No. 5 (Sept-Oct.): 248-255
- Allen Davina 2000: *I'll tell you what suits me best if you don't mind me saying': 'lay participation in health care*. In: *Nursing Inquiry*, 7: 182-190
- Allen Davina 2001a: *The Changing Shape of Nursing Practice. The role of nurses in the hospital division of labour*. Routledge, London & New York

- Allen Davina 2001b: Narrating Nursing Jurisdiction: "Atrocity Stories" and "Boundary-Work". In: Symbolic Interaction, Vol. 24 (1): 75-103
- Allen Davina, David Hughes 2002: Nursing and the Division of Labour in Health Care. Palgrave MacMillan, Houndsmills, Basingstoke
- Allen Davina 2004: Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. In: Nursing Inquiry, 2004, 11 (4): 271
- Allen Davina, Lesley Griffiths, Patricia Lyne 2004: Understanding complex trajectories in health and social care provision. In: Sociology of Health & Illness, Vol. 26, No. 7: 1008 – 1030
- Allen Davina 2007: What do you do at work? Profession building and doing nursing. In: International Nursing Review, 54 (1): 41-48
- Allen Davina 2009: From boundary concept to boundary object: The practice and politics of care pathway development. In: Social Sciences & Medicine, 69: 354-361
- Alligood Raille Martha 1995: Theory of Goal Attainment Application to Adult Orthopedic Nursing. In: Frey Maureen A; Christina L. Sieloff (eds.): Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing. Sage Publications, Thousand Oaks: 209 - 222
- Als Heidelise, Samatha Butler 2008: Die Pflege des Neugeborenen: Die frühe Gehirnentwicklung und die Bedeutung von frühen Erfahrungen. In: Britsch Karl Heinz, Theodor Hellbrügge (Hrsg.) 2008: Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart: 44 - 87
- American Nurses Association 1980: Nursing's Social Policy Statement, Washington DC.
- American Nurses Association 1995: Nursing's Social Policy Statement, Washington DC.
- American Nurses Association 2003: Nursing's Social Policy Statement, 2nd Edition, Washington DC.
- American Nurses Association 2010: Nursing's Social Policy Statement. The essence of the Profession. 3rd Edition, Washington DC.
- Amtsblatt des Saarlandes vom 13. Dezember 2007: Berufsordnung für Pflegefachkräfte im Saarland, vom 28. November 2007: 2466-2469
- ANCC (American Nurses Credentialing Center): Announcing a New Model for ANCC's Magnet Recognition Program Announcing a New Model for ANCC's Magnet Recognition Program©. /www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/NewMagnetModel.aspx
- Anderson Carole A (Ed.) 1995: Psychiatric Nursing 1974 to 1994. A Report on the State of the Art. Mosby-Year Book, Inc. St. Louis
- Andrews Heather A. 1991: Overview of the Self-Concept Mode. In: Roy Callista (Sister); Heather A. Andrews 1991: The Roy Adaptation Model. The Definitive Statement. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut / San Mateo, California: 269-279
- Advances in Nursing Science (ANS) 2005: Theory and Practice, Vol. 28 (1)
- Advances in Nursing Science (ANS) 2008: Theory, Evidence, and Practice, Vol. 31 (4)
- Anthony Mary K. 2006: Professional Practice and Career Development. In: Huber Diane L. (ed.): Leadership and Nursing Care Management. Third Edition, Saunders/Elsevier, Philadelphia: 61- 81
- Apesoa-Varano Ester Carolina 2007: Educated Caring: The Emergence of Professional Identity Among Nurses. In: Qual. Sociol.; 30: 249-274
- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen 2010: Vorschlag für einen Deutschen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen. www.deutscherqualifikationsrahmen.de; Zugriff 26. April 2011
- Aranda Sanchia K., Annette F. Street 1999: Being authentic and being a chameleon: nurse patient interaction revisited. In: Nursing Inquiry 6: 75-82)
- Arford Patricia, Laurie Zone-Smith 2005: Organizational Commitment to Professional Practice Models. In: JONA, Vol. 35, No. 10, Oct.: 467-472
- Aries Philippe 1998: Geschichte der Kindheit, DTV, München
- Arndt Margarete 2009: Social Identity and Interrole Conflict for Hospital Superintendents in the Early 1900s. Nursing Forum, Vol. 44 (2): 129 - 143
- Arnold Doris 2001: Das Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis: Anmerkungen aus feministischer Sicht. In: PflGe, 6. Jg. (1): 1-30
- Arnold Michael 2001: Die Zukunft des Akutkrankenhauses. In: Arnold Michael, Jürgen Klauber, Henner Schnellschmidt, (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2001 - Schwerpunkt: Personal. Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Arnold Doris 2008: Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen“. Ein ethnographischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege. Mabuse-Verlag, Wissenschaft 107, Frankfurt am Main

- Arthur David, Sally Thorne 1998: Professional self-concept of nurses: a comparative study of four strata of nursing students in a Canadian university. In: *Nurse Education Today*, 18: 380-388
- Arthur David, Jacqueline Randle 2007: The Professional Self-Concept of Nurses: A Review of the Literature from 1992: 2006. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 24, No. 3: 60-64
- Athens Lonnie 2002: 28: „Domination“: the Blind Spot in Mead’s Analysis of the Social Act. In: *Journal of Classical Sociology*, 2: 25-42
- Aulenbacher Brigitte 2005 : Rationalisierung und Geschlecht in soziologischen Gegenwartsanalysen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Axelsson Susanna Bihari, Runo Axelsson 2009: From territoriality to altruism in Interprofessional collaboration and leadership. In: *Journal of Interprofessional Care*, 23(4): 320-330
- Backes Gertrud M. 2008: Von der (Un-)Freiheit körperlichen Alter(n)s in der modernen Gesellschaft und der Notwendigkeit einer kritisch-gerontologischen Perspektive auf den Körper. In: *Z. Gerontol. Geriat.* 41: 188-194
- Backes Gertrud M., Ludwig Amrhein, Martina Wolfinger 2008: Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Badura Bernhard, Peter Gross 1976: Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen. R. Piper & Co. Verlag, München
- Badura Bernhard 1994: Arbeit im Krankenhaus. In: Badura Bernhard, Günter Feuerstein: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Baer Ellen 1990: Editor’s Notes Nursing in America: A History of Social Reform. A Video Documentary. National League of Nursing, New York
- Baer Ellen, Patricia D’Antonio, Sylvia Rinker, Joan E. Lynaugh (eds.) 2002: Enduring Issues in American Nursing. Springer Publishing Company, New York
- Baldwin John D. 1992: The Matter of Habit and G.H. Mead: Comments on Camic. In: Hamilton Peter (ed.) 1992: George Herbert Mead. Critical Assessments. Vol. IV, Routledge, London: 257-262
- Baldwin John D. 2002: George Herbert Mead. A Unifying Theory for Sociology. Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque, Iowa
- Balzer Sabine, Benjamin Kühme 2009: Anpassung und Selbstbestimmung. Studien zum (Aus-) Bildungserleben von Pflegeschülerinnen. Mabuse Verlag, Wissenschaft 110, Frankfurt am Main
- Banning Maggi 2007: A review of clinical decision making: models and current research. In: *Journal of Clinical Nursing*, 17: 187-195
- Barkhaus Annette, Matthias Mayer, Neil Roughley, Donatus Thürnau (Hrsg.) 1996: Identität. Leiblichkeit und Normativität. Neue Horizonte des anthropologischen Denkens. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt am Main.
- Barnett Margaret 2007: Using a model in the assessment and management of COPD. In: *Journal of Community Nursing*, Vol. 21 (11): 4- 10
- Bartholomeyczik Sabine 1997: Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege. In: Zegelin Angelika (Hrsg.): Sprache und Pflege. Ullstein/Mosby, Berlin/Wiesbaden: 11-21
- Bartholomeyczik Sabine 2011a: Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer Sabine (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19 bis 21. Jahrhundert. Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen: 133- 154
- Bartholomeyczik Sabine 2011b: Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellung und Perspektiven. In: Schaeffer Doris, Wingenfeld Klaus (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. 1. Auflage 200, Neuausgabe, Juventa Verlag, Weinheim und München: 67-94
- Bartholomeyczik Sabine 2011c: Pflege im Krankenhaus. In: Schaeffer Doris, Wingenfeld Klaus (Hrsg.) Handbuch Pflegewissenschaft. 1. Auflage 2000, Neuausgabe, Juventa Verlag, Weinheim und München: 513-530
- Baszanger Isabelle 1998: The Work Sites of an American Interactionist: Anselm L. Strauss, 1917 – 1996. In: *Symbolic Interaction*, 21 (4): 353-378
- Batey Marjorie V.; Frances M. Lewis 1982: Clarifying Autonomy and Accountability in Nursing Service: Part 1. In: *JONA*, Vol. 12 (9): 13-17
- Bauer Rüdiger 1997: Beziehungspflege. Ullstein Mosby, Berlin
- Bauer Rudolph 2001: Personenbezogene soziale Dienstleistungen. Begriff, Qualität und Zukunft. Westdeutscher Verlag GmbH, Wiesbaden
- Baxter Susan, Sheilagh M. Brumfitt (2008): Professional differences in Interprofessionalworking. In: *Journal of Interprofessional Care*, 22 (3): 239-251

- Beal Judy, Joan M. Riley, Diane R. Lancaster 2008: Essential Elements of an Optimal Clinical Practice Environment. In: JONA, Vol. 18, No. 11: 488-493
- Beck Ulrich, Michael Brater, Hansjürgen Daheim 1980: Soziologie der Arbeit und der Berufe. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Beeber Linda, Carole A. Anderson, Grayce M. Sills 1990: Peplau's Theory in Practice. In: Nursing Science Quarterly, Vol. 3, No. 1: 6 – 8
- Beeber Linda S. 1995: The One-to-One Relationship in Psychiatric Nursing: The Next Generation. In: Anderson; Carole A (Ed.): Psychiatric Nursing 1974 to 1994. A Report on the State of the Art. Mosby-Year Book, Inc. St. Louis: 9 – 36
- Beeber Linda S. 1996: Pattern Integrations in Young Depressed Women: Part I. In: Archives of Psychiatric Nursing, Vol. X, No. 3 (June), 1996: 151-156
- Beeber Linda S., Carol L. Caldwell 1996: Pattern Integrations in Young Depressed Women: Part II. In Archives of Psychiatric Nursing, Vol. X, No. 3. (June): 157-164
- Beeber Linda S. 2000: Hildahood: Taking the Interpersonal Theory of Nursing to the Neighborhood. In: Journal of the American Psychiatric Nurses Association, Vol. 6, No. 2: 49-53
- Behrens Johann 2009: Gesundheitsapostel und Professionen im System pflegerischer gesundheitlicher Unterstützung. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8. Jahrgang, Heft 1: 43-69
- Bellman Loretta M. 1996: Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. In: J. of Adv. Nurs., 24: 129 - 138
- Benhabib Seyla 1992: Selbst im Kontext. Gender Studies. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Benner Patricia 1984: From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, California
- Benner Patricia, Judith Wrubel 1989: The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness. Addison-Wesley Publishing Company, Menolo Park California
- Benner Patricia, Christine A. Tanner, Catherine A. Chesla 1996: Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment and Ethics. Springer Publishing Company New York
- Benner Patricia, Patricia Hooper-Kyriakidis, Daphne Stannard 1999: Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care. W.B. Saunders Company, Philadelphia
- Benoliel Quint Jeanne 1977/1992: The Interaction Between Theory and Research. In: Nicoll Leslie H. (ed.) 1992: Perspectives on Nursing Theory. 2nd Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia: 621-628
- Berekoven Ludwig 1974: Der Dienstleistungsbetrieb. Wesen – Struktur – Bedeutung. Th. Gabler Verlag, Wiesbaden
- Berg Agneta, Marianne Kisthinos 2007: Are supervisors using theoretical perspectives in their work? A descriptive survey among Swedish-approved clinical supervisors. In: Journal of Nursing Management, 2007, 15: 853-861
- Berger Johannes, Claus Offe 1980: Die Entwicklungsdynamik des Dienstleistungssektors. In: Leviathan, 8. Jh. Heft 1: 41 – 75
- Bergman Rebecca 1981: Accountability –Definition and Dimensions. In: Int. Nurs. Rev., 28 (2): 53-59
- Bernstein-Hyman Ruth, Juliet M. Corbin (eds.) 2001: Chronic Illness. Research and Theory for Nursing Practice. Springer Publishing Company, New York
- Bericht der WHO 1967 Die Krankenpflege von morgen. 5. Bericht des Expertenkomitees für Krankenpflege der Weltgesundheitsorganisation. In: DKZ, 20 Jg. Heft 11: 520-523
- Bericht der WHO 1967 Die Krankenpflege von morgen. 5. Bericht des Expertenkomitees für Krankenpflege der Weltgesundheitsorganisation. 1. Fortsetzung. In: DKZ, 20 Jg. Heft 12: 564-566
- Bericht der WHO 1968 Die Krankenpflege von morgen. 5. Bericht des Expertenkomitees für Krankenpflege der Weltgesundheitsorganisation. 2. Fortsetzung. In: DKZ, 21 Jg. Heft 1: 17-19
- Bericht der WHO 1968 Die Krankenpflege von morgen. 5. Bericht des Expertenkomitees für Krankenpflege der Weltgesundheitsorganisation. 3. Fortsetzung und Schluss. In: DKZ, 21 Jg. Heft 3: 149--151
- von Bertalanffy Ludwig 1968: General System Theory. Foundations, Development, Applications. Revised Edition. George Braziller, New York
- Bertram Hans 2006: Es geht um die Familie. Interview, geführt von Jürgen Barthelmes mit dem Vorsitzenden des Sachverständigenkommission des 7. Familienberichts, abgedruckt im DJI Bulletin 75: 3 – 7
- Bienstein Christel 1989: Inhalt und Zielsetzung der patientenorientierten Krankenpflege. In: Krankenpflege 5/89: 214 – 216

- Bienstein Christel 2008: Lieber tot als pflegeabhängig sein. In: Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics 1: 42
- Binnie Alison 1987: A plan for a successful discharge from hospital to home: a further analysis of Roper's Activities of Living model. In: Easterbrook Jane (ed.) 1987: Elderly Care. Towards Holistic Nursing. Hodder Stoughton, London
- Birk Linda K. 2007: The Magnetism of Theory. In: JONA, Vol. 37 (3): 144-149
- Birnbach Nettie, Sandra Lewenson (eds.) 1991: First Words: Selected Addresses from the National League for Nursing 1894-1933. National League for Nursing Press, New York, Pub. No.14-2410
- Bischoff Claudia 1984: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 1. Auflage, 2. Auflage 1992 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main.
- Bischoff Claudia 1989: "Hat die patientenzentrierte Pflege Durchsetzungschancen?" In: Neanader K-D. (Hrsg.): Pflegforum 1 – Patientenorientierte Pflege in der Diskussion. Zickschwerdt Verlag, München: 84-97
- Bischoff-Wanner Claudia 2002: Empathie in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.
- Bleses Helma 1997.: Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems. In: Büssing, A.(Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen 1997: 269 - 288
- Bleses, H. et al. 1998: Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH. In: Pflege, 51. Jg., Heft 2, Dokumentation.
- Bleses Helma 2005: Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Dissertation, Medizinische Fakultät der Charité, Universitätsmedizin Berlin, <http://edic.hi-berlin.de/dissertation/bleses-helma-2005-0124..>, Zugriff am 20.09.2010
- Blessing Bettina 2006: „Gepflegte Normalität. Machtstrukturen in der stationären Krankenpflege um 1900 in Regensburg. In: Braunschweig Sabine (Hg.): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Chronos Verlag, Zürich: 175-184
- Blinkert Baldo, Thomas Klie 2006: Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements. In: : Z Gerontol Geriat 39:423–428 (2006), DOI 10.1007/s00391-006-0417-z
- Blumer Herbert 1966: Sociological Implications oft the Thought of George Herbert Mead. In: American Journal of Sociology, Vol. 71, Issue 5 (Marc): 535-544
- Blumer Herbert 2004: George Herbert Mead and Human Conduct. Edited and Introduced by Thomas J. Morione, Alta Mira Press, Walnut Creek, Ca
- Björkström Monica E., Elsy E. Athlin, Inger S. Johannsson 2007: Nurses' development of professional self – from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. In: Journal of Clinical Nursing: 1380-1391; doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02014.x
- Bobay Kathleen, Deborah L. Gentile, Mary E. Hagle 2009: The relationship of nurses' professional characteristics to levels of clinical expertise. In: Applied Nursing Research, 22: 48-53
- Böck Dieter et al.1975: Weiterbildung für Krankenschwestern in patientenzentrierter Pflege/psychosomatischer Medizin. In: DKZ, 28. Jg. (11): 621-626
- Böck Dieter 1979: Berufliche Realität psychosomatisch weitergebildeter Krankenschwestern und –pfleger. Möglichkeiten und Schwierigkeiten in der Berufspraxis. DKZ, 32. Jg.(10): 517-521
- Böhm Karin, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese (Hrsg.) 2009: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin; http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=11976187&p_lfd_nr=1, Zugriff am 10 Okt. 2011
- Boling Anita 2003: The Professionalization of Psychiatric Nursing. In: Journal of Psychosocial Nursing, Vol 41, No. 10: 26-40
- Bollinger Heinrich 2005: Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: Bollinger Heinrich, Anke Gerlach, Michaela Pfadenhauer M. (Hrsg.: Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main: 13 – 30
- Bollinger Heinrich, Anke Gerlach, Michaela Pfadenhauer M. (Hrsg) 2005: Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main
- Bondas Terese 2006: Paths to nursing leadership. In: Journal of Nursing Management, 14:332-339
- Boon Heather, Marja Verhoef, Dennis O'Hara, Barb Findlay (2004): From parallel practice to integrative health care. A conceptual framework. In: BMC Health Services research 4:15 doi:10.1186/1472-6963-4-15, www.biomedcentral.com/1472-6963/4/15

- Born Claudia, Helga Krüger, Dagmar Lorenz-Meyer 1996: Der unentdeckte Wandel. Annäherung an das Verhältnis von Struktur und Norm im weiblichen Lebenslauf. Edition Sigma, Rainer Bohn Verlag, Berlin
- Born Claudia, Helga Krüger (Hrsg.) 2001: Individualisierung und Verflechtung. Geschlecht und Generation im deutschen Lebenslaufregime. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Borsi Gabriele M., Ruth Schröck 1995: Pflegemanagement im Wandel. Perspektiven und Kontroversen. Springer-Verlag, Berlin
- Boschma, Geertje 1997: Ambivalence about nursing's expertise: the role of a gendered holistic ideology in nursing, 1890-1990. In: Rafferty Anne Marie, Jane Robinson, Ruth Elkan (eds.): Nursing History and the Politics of Welfare. Routledge, London: 164-176
- Boschma Geertje; Lisa Davidson, Nerrisa Bonifacio 2009: Bertha Harmer's 1922 textbook – The Principles and Practice of Nursing: clinical nursing from an historical perspective. In: Journal of Clinical Nursing, 18: 2684-2691
- Boston-Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS)1999: Roy Adapation Model-Based Research: 25 Years of Contribution to Nursing Science. Sigma Theta Tau International, Center Nursing Press, Indianapolis
- Bottomorff Joan L. 1991: Nursing: A practical science of caring. In: Advances in Nursing Science, Vol. 14 (1): 26-39
- Bourdieu Pierre 1979: Entwurf einer Theorie der Praxis. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt am Main
- Bourgeault Ivy Lynn, Gillian Mulvale 2006: Collaborative health care teams in Canada and the USA: Confronting the structural embeddedness of medical dominance. In: Health Sociology Review, 15 (5): 481-495
- Boydston Ann 1989/2008: John Dewey. The Later Works, 1925-1953, Vol. 16: 1949-1952, Essays, Typescripts, and Knowing and The Known. Southern Illinois University Press, Carbondale
- Bowker Geoffrey C.; Susan Leigh Star 2000: Sorting Things Out. Classification and its Consequences. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, paperback edition
- Bradby Mary 1990 a: Status passage into nursing: another view of the process of socialization into nursing. In: Journal of Advanced Nursing, 15: 1220-1225
- Bradby Mary 1990 b: Status passage into nursing: undertaking nursing care. In: Journal of Advanced Nursing, 15: 1363-1369
- Bradshaw Ann, Clair Merriman 2007: Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? In: Journal of clinical Nursing, 17: 1263-1269
- Brandenburg Hermann, Stephan Dorschner (Hrsg.) 2003: Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Verlag Hans Huber, Bern.
- Braun Bernard, Petra Buhr, Sebastian Klinke, Rolf Müller, Rolf Rosenbrock 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in im Krankenhaus. Verlag Hans Huber, Bern
- Braun Bernhard, Sebastian Klinke, Rolf Müller 2009: Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft, 15 Jg. (1): 5 – 18
- Braun Bernhard 2011: Wunsch und Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Kranken. In: Pflege & Gesellschaft 16. Jg. (4): 303-322
- Brechin Ann, Jan Walmsey, Jeanne Katz, Sheila Peace (eds.) 1998: Care Matters. Concepts, Practice and Research in Health and Social care. Sage Publications, London
- Bredo Eric 2010: Mead's Philosophy of Education. In: Curriculum Inquiry, 40 (2): 317-333
- Bridges William 2003: Managing Transitions. Making the Most of Change. 2nd Edition, Perseus Publishing, Cambridge, Ma
- Britsch Karl Heinz, Theodor Hellbrügge (Hrsg.) 2008: Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brooks Jo A., Ann E. Kleine-Kracht 1983: Evolution of a definition of Nursing. In: ANS, Vol. 5, No. 4 (July): 51 – 85
- Broomer Christine, Brendan McCormack 2010: Creating the conditions for growth: a collaborative practice development programme for clinical nurse leaders. In: Journal of Nursing Management, 18: 633-644
- Brooten Ella M.; Sandra Thomas 1997: The Perception and Judgement of Senior Baccalaureate Student Nurses in Clinical Decision Making. In: Advances in Nursing Science, 19 (3): 50-69
- Brühe Roland, Ruth Rottländer, Sabine Theis 2004: Denkstile in der Pflege. In: Pflege 2004, 17: 306 -311
- Brydolf Marianne, Kerstin Segesten 1996: Living with ulcerative colitis: experiences of adolescents and young adults. In: J. of Adv. Nurs. 23: 39-47

- Bryne Esther, Rita Schreiber 1989: Concept of the Month: Implementing King's Conceptual Framework at the Bedside. In: Journal of Nursing Administration, Vol. 19, No. 2, Febr: 28-32
- Bucher Rue, Joan Stelling 1969: Characteristics of Professional Organizations. In: Journal of Health and Social Behavior, Vol. 10, No. 1 (March): 3-15
- Buck Marjorie H. 1991a: The Physcial Self. In: Roy Callista (Sister); Heather A. Andrews 1991: The Roy Adaptation Model. The Definitive Statement. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut / San Mateo, California: 281-310
- Buck Marjorie H. 1991b: The Personal Self. In: Roy Callista (Sister); Heather A. Andrews 1991: The Roy Adaptation Model. The Definitive Statement. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut / San Mateo, California: 311-335
- Buckley-Viertel Dorothee 2001: Welche Bedeutung haben Pflgetheorien für die Praxis? In: Die Schwester/Der Pfleger, 40 Jg. (5): 409-413
- Büscher Andreas, Wilfried Schnepf 2011: Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer Doris, Klaus Wingenfeld (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München: 469-487
- Büssing Andreas; Jürgen Glaser 1996.: Bereichspflege: Analyse und Bewertung ganzheitlicher Pflegestrukturen. Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München. Bericht Nr. 26, München
- Büssing Andreas (Hrsg.) 1997: Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen
- Büssing André., Jürgen Glaser (Hrsg.) 2003: Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In Ulich, Eberhard (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Verlag Hans Huber, Bern: 111 – 147
- Buhler-Wilkerson Karen 2001: No Place like home. A History of Nursing and Home Care in the United States. The John Hopkins University Press, Baltimore
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2006: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Familienbericht, [www. bmfsfj.de/doku/Publikationen/familienbericht/download/familienbericht_gesamt.pdf](http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/familienbericht/download/familienbericht_gesamt.pdf) abgerufen am 6 Januar 2007
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2007: ‚Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen‘, 25.11.2010, www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrftiger-Menschen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf2; zugegriffen am 30.11.2010
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Familienreport Leistungen, Wirkungen, Trends. Stand Februar 2009, www.bmfsfj.de, abgerufen am 10.10. 2009
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Familienreport 2010, Juni 2010, www.bmfsfj.de, abgerufen am 10.10. 2011
- Bundespflegegesetzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die aktuelle Fassung die [ist] durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden, s. http://www.gesetze-im-internet.de/bpflv_1994/BJNR275010994.html
- Bunting Sheila M. 1988: The Concept of Perception in Selected Nursing Theories. In: Nursing Science Quartely Vol.1, No. 4 (November): 167 - 174
- Burbank Patricia M.; Diane C. Martins 2009: Symbolic interactionism and critical perspective: divergent or synergistic. In: Nursing Philosophy, 11: 25-41
- Buresh Bernice, Suzanne Gordon 2000: From Silence to Voice. Cornell University Press, Ithaca/London; deutsch: Der Pflege eine Stimme geben. Was Pflegenden wie öffentlich kommunizieren müssen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Angelika Zegelin und Andreas Büscher, Verlag Hans Huber, Bern
- Burman Mary E. et al. 2009: Reconceptualizing the core of nurse practitioner education and practice. In: J. of the American Academy of Nurse Practitioners, Vol. 21 (1): 11-17
- Butler Judith 1991: Das Unbehagen der Geschlechter. Suhrkamp. Frankfurt am Main
- Caballero Catherine (2005): Nurses Taking Action. Presented at the Symposium on Early Career Professional Learning, AERA Conference, Montreal, April 15 2005, www.tlrp.org/dspace/retrieve/584/nurses+Taking+Action+Monteral+Conferenc... Zugriff 26/06/2010
- Callaway Barbara J. 2002: Hildegard Peplau: Psychiatric Nurse of the Century. Springer Publishing Company, New York
- Camie Charles 1998: Reconstructing the Theory of Action. In: Sociological Theory 16 (3) November: 283-291; Kap 8: 362

- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) 2010: A national Interprofessional Competency Framework. www.cihc.ca, accessed 17/07/2010
- Canales Mary K. 1997: Narrative Interaction: Creating a space for therapeutic Interaction. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 18: 477-494
- Canales Mary K. 2000: Othering: Toward an Understanding of Difference. In: *Adv. Nurs. Sci.* 2000; 22 (4): 16-31
- Canales Mary K. 2004: Taking Care of Self: Health Care Decision Making of American Indian Women. In: *Health Care for Women International*, 25 (5): 411-435
- Carpenito Lynda J. 1989: *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice*. 3rd Edition 1989-1990, J.B. Lippincott Company, Philadelphia
- Carpenito, Lynda J. 1995: *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice*. 6th Edition J.B. Lippincott Company, Philadelphia
- Carpenito, Lynda J. 2002 *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice*. 9th Edition J.B. Lippincott Company, Philadelphia
- Carper Barbara 1978/1992: *Fundamental Patterns of Nursing*. In: Nicolle Leslie (ed.) 1992: *Perspectives on Nursing Theory*. 2nd Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia: 216-223
- Carreira da Silva Filipe 2007: Re-examining Mead. G.H. Mead in 'Material Reproduction of Society'. In: *Journal of Classical Sociology*, Vol. 7(3): 291-313
- Carreira da Silva Filipe 2008: *Mead and Modernity. Science, Selfhood and Democratic Politics*. Lexington Books, Rowman & Littlefield Publishers, Inc., Lanham
- Casanova James, Ken Day, Denise Dorpat, Bryan Hendricks, Luann Theis, Shirley Wiesman 2007: Nurse-Physician Work relations and Role Expectations. In *JONA*, Vol. 37 (2): 68-70
- Cassier-Woidasky Anne-Kathrin 2007: *Pflegequalität durch Professionsentwicklung*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main
- Cash Keith 1997: Social epistemology, gender and nursing theory. In: *Int. J. Nurs. Stud.*, Vol 34 (2): 137-143
- Cavanagh 1995: *Pflege nach Orem*. Lambertus Verlag, Freiburg
- Champion Victoria L., Joan K. Austin, Oliver Tzeng 1982: Assessment of Relationship between Self-Concept and Body Image Using Multivariate Techniques. In: *Issues in Mental Health Nursing* 4: 299 – 315
- Chapman Jane 1987: A problem of nutrition: an extension of Roper's Activities of Living model. In: Easterbrook Jane (ed.) 1987: *Elderly Care. Towards Holistic Nursing*. Hodder & Stoughton, London
- Chappell Neena L.; Harold L. Orbach 1986: Socialization in Old Age: a Meadian Perspective. In: Marshall Victor W (Ed.): *Later Life: The Social Psychology of Aging*. Beverly Hills, CA: Sage: 75 – 106
- Charmaz Kathy 1983: Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill, In: *Sociology of Health and Illness*, Vol. 5, (2): 168 - 195
- Charmaz Kathy 1991: Turning Points and Fictional Identities. In: Maines David R. (ed.): *Social Organization and Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss*. Aldine de Gruyter, New York: 71- 86
- Charmaz Kathy 1997: From 'Sick Role' to Stories of Self: Understanding the Self in Illness. Manuskript eines Vortrags auf dem Second Rutgers Symposium on Self and Social Identity: "Self, Social Identity, and Physical Health: Interdisciplinary Explorations", April 24 - 27, Department of Psychology, Rutgers University, New Brunswick, NJ
- Charmaz Kathy 1999a: 'Discoveries' of self in Illness. In: Charmaz Kathy, Debora A. Peterniti (eds.): *Health, Illness and Healing. Society, Social Context, and Self. An Anthology*, Roybury Publishing Company, Los Angeles: 72 – 82
- Charmaz Kathy 1999b: The Body, Identity, and self: Adapting to Impairment. Illness. In: Charmaz Kathy, Debora A. Peterniti (eds.): *Health, Illness and Healing. Society, Social Context, and Self. An Anthology*. Roybury Publishing Company, Los Angeles: 72 – 82
- Charmaz Kathy 2000: Experiencing Chronic Illness. In: Albrecht Gary I., Ray Fitzpatrick, Susan C. Scrimshaw (eds.) *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. Sage Publications, London: 277-292
- Charon Joel M. 2001: *Symbolic Interactionism. An Introduction, An Interpretation, An Integration*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey
- Chinn Peggy, Maeona K.Kramer 2004: *Integrated Theory and Development in Nursing*. 6th Edition, Mosby, St. Louis.
- Chinn Peggy 2007: Challenge to Action. In: Roy Callista Sister, Dorothy A. Jones (eds.): *Nursing Knowledge Development and Clinical Practice*. Springer Publishing Company, New York: 93-101.

- Chinn Peggy, Maeona K.Kramer 2008: *Integrated Theory and Development in Nursing*. 7th Edition, Mosby Elsevier, St. Louis.
- Christy T. 1980: *Clinical Practice as a Function of Nursing Education: An Historical Analysis*. In: *Nursing Outlook*, Aug.: 493 – 497
- Clare Judith, Antonia van Loon 2003: *Best practice principles for the transition from student to registered nurses*. In: *Collegian*, Vol. 10 (4); 25-31
- Clark Noreen M, Carrie Lenburg 1980: *Knowledge-Informed Behavior and the Nursing Culure: A Preliminary Study*, In: *Nursing Research*, Vol. 29, No. 4: 244-249
- Clarke Adele E. 1991: *Social Worlds/Arenas Theory as Organizational Theory*. In: Maines David R. (ed.): *Social Organization an Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss*. Aldine De Gruyter, New York: 119-158
- Clarke Adele E. 2010: *In Memoriam: Susan Leigh Star (1954-2010)*. In *Science, Technology, & Human Values*, 35 (5): 581-600
- Clarke Charlotte L.; Val Wilson 2008: *Learning – The Heart of Practice Development*. In: Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson (eds.): *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Blackwell Publishing, Oxford: 105-125
- Clarke Sean P, Linda H Aiken 2008: *An international hospital outcomes research agenda focused on nursing: lessons from a decade of collaboration*. In: *Journal of Clinical Nursing*, 17 (24): 3317–3323
- Clifford Joyce C. 1981: *Managerial Contro vs. Autonomy*. In: *Journal of Nursing Administration*, Vol. 11 (9):10-21
- Clifford Joyce C.1990: *Professionalizing a Nursing Service: An Integrated Approach for the Management of Patient Care*. In: Clifford Joyce C., Kathy Horvath (ed.): *Advancing Professional Nursing Practice. Innovations at Boston's Beth Israel Hospital*. Springer Publishing Company, New York, 1990: 30 -50
- Clifford Joyce C.; Kathy Horvath (ed.) (1990): *Advancing Professional Nursing Practice. Innovations at Boston's Beth Israel Hospital*. Springer Publishing Company, New York
- Clifford Joyce 1998: *Restructuring. The Impact of Hospital Organization on Nursing Leadership*. AHA Press, Chicago
- Clifford Joyce 2004: *The Essence of Practice*. www.nursingknowldege.org/portal/main.aspx?pageid=3507
- Cloyes Kristin G. 2002: *Agonizing care: care ethics, agonistic feminism and a political theory of care*. In: *Nursing Inquiry* 9 (3): 203 – 204
- Cody William K. (ed.) 2006: *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. Jones and Bartlett Publishers, Boston
- Coker, Esther, Thelma Fradley, Janet Harris, Diane Tomarchio, Vivian Chan, Charmaine Cardon 1995: *Implementing Nursing Diagnoses Within the Context of King's Conceptual Framework*. In: Frey Maureen A, Christina L. Sieloff (eds.) 1995: *Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing*. Sage Publications, Thousand Oaks: 161 – 175
- Collière Marie-Francoise 1986: *Invisible care and invisible women as health care-providers*. In: *Int. J. Nurs. Stud.* Vol. 23, No. 2: 95-112
- Collière Marie-Francoise 1998: *Using anthropology to analyse healthcare situations*. In: *Nursing Inquiry*, Vol. 5(3): 126-139
- Conci Marco 2005: *Sullivan neu entdecken. Leben und Werk Harry Stack Sullivans und seine Bedeutung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Conradi Elisabeth 2001: *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Campus, Frankfurt am Main
- Conn Lesley G. et al 2009: *Communication Channels in General Internal Medicine: A Descriptin of Baseline Patterns for Improved Interprofessional Collaboration*. In: *Qualitative Health Research*, Vol. 19 (7): 943-953
- Connell Robert W. 2006: *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. 6. Auflage. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Cook Gary A. 1993: *George Herbert Mead. The Making of a Social Pragmatist*. University of Illinois Press, Urbana and Chicago
- Coombs Maureen A. 2004: *Power and Conflict between Doctors and Nurses. Breaking through the inner circle in clinical care*. Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York
- Corbin Juliet M.; Anselm Strauss 1988: *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco -London. (deutsch 1993: *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*, Piper, München

- Corbin Juliet; Anselm Strauss 1991: Trajectory Framework for Management of Chronic Illness. In: Strauss Anselm: Creating Sociological Awareness. Collective Images and Symbolic Representations. Transaction Publishers, New Brunswick: 149-155.
- Corbin Juliet M.; Anselm Strauss 1992: A Nursing Model for Chronic Illness Management based upon the Trajectory Framework. In: Woog Pierre (ed.): The Chronic Illness Trajectory Framework. The Corbin and Strauss Nursing Model. Springer Publishing Company. deutsch: herausgegeben von Lorenz-Krause Regina 1998: Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Ullstein Medical, Wiesbaden
- Corbin Juliet M. 1993: Response to 'Operationalizing the Corbin & Strauss Trajectory Model for Elderly Clients with Chronic Illness. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, Vol. 7, No. 4: 265-268
- Corbin Juliet M. 1994: Chronicity and The Trajectory Framework. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P94-202, Berlin
- Corbin Juliet M. 1998: The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory Model: An Update. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An international Journal, Vol. 12, No. 1: 33-41
- Corbin Juliet M. 1999: Response to "Analysis of the Trajectory Theory of Chronic Illness Management. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, Vol. 13, No. 2: 105-109
- Corbin Juliet M. Introduction and Overview: Chronic Illness and Nursing. In: Bernstein Heyman Ruth, Juliet M. Corbin (ed.) 2001: Chronic Illness. Research and Theory for Nursing Practice. Springer Publishing Company Inc., New York: 1-15
- Corbin Juliet M. 2003: The Body in Health and Illness. In: Qualitative Health Research, Vol. 13 No.2, February: 256-267
- Corbin Juliet 2008: Introduction. In: Corbin Juliet, Anselm Strauss (eds.) Basics of Qualitative Research. 3rd Edition, Sage Publications, Los Angeles: 1 – 17
- Corbin Juliet.; Anselm Strauss 2008: Basics of Qualitative Research. 3rd Edition, Sage Publications, Los Angeles
- Corbin Juliet, Bruno Hildenbrand, Doris Schaeffer 2009: Das Trajektkonzept. In: Schaeffer Doris 2009 (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Verlag Hans Huber, Bern: 55-74
- Cowin, Leanne S. 2001: Measuring Nurses' Self-Concept. Western J. of Nursing Research, 23 (3): 313-325
- Cowin Leanne, Denise Jacobsson 2003: Addressing Australia's nursing shortage: is the gap widening between workforce recommendations and the workplace? In: Collegian, Vol. 10, No. 4: 20-24
- Cowin Leanne S.; Cecily Hengstenberger-Sims 2006: New graduate nurse self-concept and retention issues. International Journal of Nursing, 43 (1): 20-24
- Cowin Leanne S. et al. 2008: Causal modeling of self-concept, job satisfaction, and retention of nurses. In: Int. J. of Nurs. Stud, doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.10.009
- Corwin Ronald G. 1961: The Professional Employee: A Study of Conflict in Nursing Roles. In: The American Journal of Sociology. Vol. 66, No. 6 (May): 604-615 (deutsch: Krankenschwestern im Rollenkonflikt. In: Luckmann Thomas, Walter M. Sprondel (Hrsg.) 1972. Berufssoziologie, Kiepenheuer + Witsch, Köln.:90-105)
- Covert Emily 1917: Is Nursing a Profession?. In American Journal of Nursing, 18 (2): 107-109
- Crawford Paul, Brian Brown, Pam Majomni 2007: Professional identity in community mental health nursing: A thematic analysis. In: Internal Journal of Nursing Studies, 45:1055-1063
- Cronk George 2005: Herbert Mead (1863—1931). In: Internet Encyclopedia of Philosophy' (www.iep.utm.edu/m/mead.html) Last updated, june 27th 2005, Zugriff: 08.02.2009 und 13.10.2011
- Cuesta de la Carmen 1982: The Nursing Process: From Theory to Implementation. In: Hamrin Elisabeth (ed.): Research - A Challenge for Nursing Practice. 5th. Workgroup Meeting. 1st. Open Conference. Uppsala, Sweden, August 11-14, published by the Swedish Nurses Association, Uppsala: 312- 317
- Cuesta de la Carmen 1983: The nursing process: from development to implementation. In: J. of Adv. Nurs. 8, No. 5: 365 -371
- Cummings Greta et al 2008: The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. In: Journal of Nursing Management, 16: 508-518
- Curley Martha A.Q. 2007: Synergy. The Unique Relationship between Nurses and Patients. The AACN Synergy Model for Patient Care. Sigma Theta Tau International; Indianapolis
- Cypress Brigitte S. 2010: Exploring the Concept of Nurse-Physician Communication within the Context of Health Care Outcomes Using the Evolutionary Method of Concept Analysis. In: Dimensions of Critical Care Nursing, Vol. 30 (1): 28-38

- Daheim Hansjürgen, Günther Schönbauer 1993: Soziologie der Arbeitsgesellschaft. Grundzüge und Wandlungstendenzen der Erwerbsarbeit. Juventa, Weinheim und München
- Dahlborg Lyckhage Elisabeth, Ewa Pilhammar 2008: The Importance of Awareness of Nursing Students' Denotative Images of Nursing. In: Journal of Nursing Education, Vol. 47, No. 12: 537-542
- Dahlgard Knut (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden. In: Z.Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen (ZEFQ) 104: 32-38
- Dahlgren Madeleine, Barbara Richardson, Björn Sjöström 2004: Professions as communities of practice. In: Higgs Joy, Barbara Richardson, Madeleine Abrandt Dahlgren (eds.) 2004: Developing Practice Knowledge for Health Professionals. Butterworth Heinemann, Oxford: 71 – 88
- Dall'Alba Gloria, Jörgen Sandberg 2006: Unveiling Professional Development: A Critical Review of Stage Models. In Review of Educational Research, 76: 383-412
- Daneke Sigrid: Primary Nursing: „In“ – aber nicht immer drin. In: Die Schwester / Der Pflege 49. Jg. (8): 756-759
- Daniels Groshen Doris 1989: Always a Sister. The Feminism of Lillian D. Wald. A Biography. The Feminist Press at the University of New York, New York.
- Darmann-Finck Ingrid 2009: Interaktionistische Pflegedidaktik. In; Olbrich Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. Urban & Fischer, München: 1-21
- Das Robin, E. Doyle McCarthy 1992: The Cognitive and Emotional Significant of Play in Child Development: G.H.Mead and D.W. Winnicott. In: Hamilton Peter (ed.): George Herbert Mead. Critical Assessments. Vol. IV Routledge, London: 239 – 256
- Daubenmire Jean; Imogene M. King 1973: Nursing Process Models: A Systems Approach. In: Nursing Outlook, Vol. 21, No. 8, August: 512 – 517
- Davies Celia 1983: Professionals in Bureaucracies: the Conflict Thesis revisited. In: Dingwall Robert, Philipp Lewis (eds.): The Sociology of the Professions. Lawyers, Doctors and Others, The Macmillan Press Ltd. London and Basingstoke: 177 - 194
- Davies Celia 1995a: Gender and the Professional Predicament in Nursing. Open University Press, Buckingham / Philadelphia
- Davies Celia 1995b: Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited. Acta Sociologica 38: 17-31
- Davies Celia 2000a: The Cloak of Professionalism. In: Allott, Margaret, Martin Robb (eds.) 2000: Understanding Health Care. An Introductory Reader. Sage Publications, London: 190 – 197
- Davies Celia 2000b: Care and the Transformation of Professionalism. In: Davies, Celia, Linda Finlay, Anne Bullman (eds.): Chancing Practice in Health and Social Care. Sage Publications, London: 343 – 354
- Davies Celia 2003: Workers, professions and identity. In: Henderson Jeanette, Dorothy Atkinson (eds.): Managing care in Context. Routledge in association with The Open University, London: 189-210
- Davies Celia 2007: Rewriting Nursing History – Again? In: Nursing History Review, 15 (1): 11-28
- Day Rene A.; Peggy Anne Field, Iris E. Campbell, Linda Reutter 2005: Students' evolving beliefs about nursing: From entry to graduation in a for-year baccalaureate programme. In: Nurse Education Today, Vol. 25 (8): 636-643
- Deegan, Mary Jo, Michael Hills (eds.) 1987: Women and Symbolic Interaction. Allen & Unwin Inc., Boston
- Deegan Mary Jo 1987: Symbolic Interaction and the Study of Women: An Introduction. In: Deegan Mary Jo, Michael Hills (eds.) 1987: Women and Symbolic Interaction. Allen & Unwin Inc., Boston: 3 - 15
- Deegan, Mary Jo 1988: Jane Addams and the Men of the Chicago School 1982-1918. Transaction Publishers, New Brunswick, 3rd paperback printing 2005
- Deegan Mary Jo 1995: The Second Sex and The Chicago School: Women's Accounts, Knowledge and Work. In: Fine Gary Alan 1995: A Second Chicago School? The Development of a Postwar American Sociology. The University of Chicago Press. Chicago: 322- 364
- Deegan Mary Jo 2001a: Introduction: George Herbert Mead's First Book. In: Mead George H.: Essays in Social Psychology. Edited with an Introduction by Mary Jo Deegan. Transaction Publishers, New Brunswick: xi-xliv
- Deegan Mary Jo 2001b: Play. From the Perspectives of George Herbert Mead. In: Mead George H.: Play, School, and Society. Edited and introduced by Mary Jo Deegan, Peter Lang, New York: xix-cxi
- Deegan Mary Jo 2008: Self, War & Society. George Herbert Mead's Macrosociology. Transaction Publishers, New Brunswick
- Deeny Pat, Hally McCrea 1991: Stoma care: the patient's perspective. In: J. of Adv. Nurs., Vol 16, No. 1: 39-46

- Degeling Pieter et al. 2000: A cross-national study of differences in the identities of nursing in England and Australia and how this has affected nurses' capacity to respond to hospital reform. In: *Nursing Inquiry* 7: 120-135
- Delbanco Tom et al. 2001: Healthcare in a land called PeoplePower: Nothing about me without me. In *Health Expectations*, 4: 144-150
- Delmar Charlotte et al. (2006: Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness. In: *Scand J. Caring Sci.*, 20: 261-268
- Denkschrift der Deutschen Schwesternschaft 1950, angedruckt in: DKZ, 4. Jg.: 73-77
- Denzin Norman K. 1992: Childhood as a Conversation of Gestures. In: Hamilton Peter (ed.): *George Herbert Mead. Critical Assessments. Vol. IV*, Routledge, London: 51 – 65
- Denzin Norman K. 1984/2007: *On Understanding Emotion*. With a new introduction by the author. Transaction Publishers, New Brunswick
- Deppoliti Denise 2008: Exploring How New Registered Nurses Construct Professional Identity in Hospital Settings. In: *The Journal of Continuing Education in Nursing*, Vol. 39, No. 6: 255-262
- Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) 1985: *Von der krankheitsorientierten zur patientenorientierten Krankenpflege*. Bonn (Forschungsbericht, FB)
- DeSanto-Madeya Susan A. 2006: A Secondary Analysis of the Meaning of Living With Spinal Cord Injury Using Roy's Adaptation Model. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19 (3) July: 240-246
- DeSanto-Madeya Susan A. 2009: Adaptation to Spinal Cord Injury for Families Post-Injury. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 22 (1) January: 57-66
- Destatis, Sozialleistungen, 7. November 2007: www.destatis.de, angerufen Jan 2008
- Deutschendorf Amy L. 2010: Models of Care. In: Huber Diane L. *Leadership and Nursing Care Management*. Saunders / Elsevier, Maryland Heights, Missouri: 441-462
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2007: *Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Positionspapier. Redaktionelle Bearbeitung: Andre Weskamp, Johanna Knüppel, DBfK-Bundesverband, Berlin
- Deutscher Bundestag 2006: Siebter Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit - Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Drucksache 16/1360
- Deutscher Bundestag 2007: Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Drucksache 16/6339, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbh, Köln
- Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) 2004: *Rahmen – Berufsordnung für professionell Pflegende*. Vom 18.05.2004, Berlin, [http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/3F6CE4D95D84F8EDC12572B9003A1EF2/\\$File/Rahmenberufsordnung.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/3F6CE4D95D84F8EDC12572B9003A1EF2/$File/Rahmenberufsordnung.pdf), Zugriff am 10.5.2011
- Deutscher Verein für öffentliche und Private Fürsorge e.V. 2009: *Weiterentwicklung der Pflegeausbildung. Empfehlungen des Deutschen Vereins*, 18. März 2009
- Devereux George, Florence R. Weiner: The occupational Status of Nurses. In: *American Sociological Review* 15(5): 628-634
- Dewey John 1894: The Theory of Emotions. 1. Emotional Attitudes. In: *The Psychological Review*, Vol. 1, No. 6, Nov.: 553-569
- Dewey John 1895: The Theory of Emotions. 2. The Significance of Emotions. In: *The Psychological Review*, Vol. 2: 13-32
- Dewey John 1910/1997: *How We Think*. Dover Publications, In. Mineola, New York
- Dewey John 1916: *Democracy and Education*; deutsche Ausgabe 1993: *Demokratie und Erziehung*. Herausgegeben von Jürgen Oelkers, Beltz Verlag, Weinheim
- Dewey John 1922/2007: *Human Nature and Conduct. An Introduction to Social Psychology*. Cosimo Classics, New York
- Dewey John 1925: *Experience and Nature*; deutsche Ausgabe. 1995: *Erfahrung und Natur*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Dewey John 1988: *Kunst als Erfahrung*. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main
- Dewey John 1993: *Demokratie und Erziehung. Eine Einleitung in die philosophische Pädagogik*. Herausgegeben von Jürgen Oelkers, übersetzt von Erich Hylla. Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Dewing Jan 2004: Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in ursnbg with older people. In: *Journal of Clinical Nursing* 13 (3a): 39-44

- Dickhoff James, Patricia James 1968/1992: A Theory of Theories: A Position Paper. In: Nicoll Leslie H. (ed.) 1992: Perspectives on Nursing Theory. 2nd Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia: 99-111
- Dickhoff James, Patricia James, Ernestine Wiedenbach 1968a/1992: Theory in a Practice Discipline Part I: Practice Oriented Theory. In: Nicoll Leslie H. (ed.) 1992: Perspectives on Nursing Theory. 2nd Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia: 468-500
- Dickhoff James, Patricia James, Ernestine Wiedenbach 1968b/1992: Theory in a Practice Discipline Part II: Practice Oriented Research. In: Nicoll Leslie H. (ed.) 1992: Perspectives on Nursing Theory. 2nd Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia: 585-598
- Dielmann Gerd 2004: Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. Mabuse Verlag, Frankfurt
- Dienel Christiane 2007: Die Betreuung älter Familienmitglieder im europäischen Vergleich – Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. In: Berl.J.Soziol., Heft 1: 281-300
- Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen 20: Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe, vom 04.02.2011, abgerufen am 10.04.2011 unter www.ndz-pflege.de/.../Bremen_Berufsordnung_neu_04.02.2011.pdf, Zugriff am 06.10.2012
- Di Luzio Gaia 2008: Medical dominance and strategic action: the fields of nursing and psychotherapy in the German health care system. In: Sociology of Health & Illness, Vol. 30, No. 7: 1022-1038
- Di Luzio Gaia 2009: Explaining the continuation of technical college nursing training in Germany. In: International Journal of Sociology and Social Policy. Vol. 29, 5/6: 252-263
- Dobratz Marjorie C. 2002: The Pattern of the Becoming-self in Death and Dying. In: Nursing Science Quarterly, Vol. 15, No. 2: 137-142
- Dobratz Marjorie C. 2004: Life-Closing Spirituality and the Philosophic Assumptions of the Roy Adaptation Model. . In: Nursing Science Quarterly, Vol. 17, No. 4: 335-338
- Dobrin Schippers Andrea, Christiane Becker 2011: Entwicklung eines Konzepts zum Benchmarking von Pflegesystemen. In: PrInterNet Pflegewissenschaft 1: 13-27
- Dodds Agnes E., Jeanette A. Lawrence, Jaan Valsiner 1997: The Personal and the Social. Mead's Theory of the 'Generalized Other'. In: Theory & Psychology, Vol. 7 (4): 483-503
- Dörge Christine 2009a: Dienstleistung „Professionelle Pflege“ – Lippenbekenntnis oder Handlungswirklichkeit. In: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8.Jg., Heft 1: 117-133
- Dörge Christine 2009b: Professionelles Pflegehandeln im Alltag. In: PrInterNet, Pflegewissenschaft 06/09: 325-336
- Dombeck Mary-Therese 2003: Work Narratives: Gender and Race in Professional Personhood. In: Research in Nursing & Health, 26: 351-365
- Donahue M. Patricia 1982: Isabel Maitland Stewarts Philosophy of Education. In: Nursing Research, Vol. 32 (3): 140-146
- Dornheim Jutta et al. 1999: Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. In: PflGe, 4. Jg. (4): 73-79
- Dreyfus Hubert L., Stuart E. Dreyfus 1987: Die Grenzen künstlicher Intelligenz. Was Computer nicht können. Von den Grenzen der Denkmachine und dem Wert der Intuition. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek bei Hamburg
- Drier Marie 1976a: Theory of Self-Concept. In: Roy Callista (Sister) 1976: Introduction to Nursing: An Adaption Model. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey: 169- 179
- Drier Marie 1976b: Delopment of Self-Concept. In: Roy Callista (Sister) 1976: Introduction to Nursing: An Adaption Model. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey: 189-191
- Drier Marie 1976c: Problem of Low-self-Esteem. In: Roy Callista (Sister) 1976: Introduction to Nursing: An Adaption Model. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey: 232 - 242
- Duchscher Judy E.B 2001: Out in the real World. Newly Graduate in Acute-care Speak Out. In: JONA, Vol. 31 (9): 426-439
- Duchscher Judith B. 2004: Transition to Professional Nursing Practice: Emerging Issues and Initiative. In: Annual Review of Nursing Education (Vol. 2): 283-303
- Duchscher Judy E.B.; Leanne S. Cowin 2004a: The experiences of marginalization in new nursing graduate. In: Nursing Outlook, Nov/Dec. Vol. 52 (6): 289-296
- Duchscher Judy E.B., Leanne Cowin 2004b: Multigenerational Nurses in the Workforce. In: JONA, Vol. 34, No. 11: 493-501

- Duchscher Judy E.B., Leanne Cowin 2006: The new graduates' professional inheritance. In: Nursing Outlook, Vol. 54 (3): 152- 158
- Duchscher Judy B. 2008: A Process of Becoming: The Stages of New Graduate Professional Role Transition. In: The Journal of Continuing Education in Nursing, Oct. Vol. 39 (10): 441-450
- Duchscher Judy E. B. 2009: Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. In: Journal of Advanced Nursing, 65 (5): 1103 -1113
- Dunkel Wolfgang 1998: Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. In: Soziale Welt, 1: 66-85
- Eichholz Wolf 1957: Rationalisierung des Pflegedienstes im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus, 49. Jg., 1: 1-4
- Eichhorn Siegfried 1973: Gedanken zum modernen Krankenhausmanagement. In: Das Krankenhaus, 2, 65. Jg.: 47 – 57
- Eichhorn Siegfried, Barbara Schmidt-Rettig 2001: Krankenhausmanagement. Zukünftige Struktur und Organisation der Krankenhausbehandlung. Schattauer, Stuttgart
- Elberson Karen 1989: Applying King's Model to Nursing Administration. In: Henry Beverly, Clara Arndt, Marie Di Vincenti, Ann Marriner-Tomey (eds.): Dimensions of Nursing Administration. Theory, Research, Education, Practice. Blackwell Scientific Publications, Boston: 47 – 53
- Elkeles Thomas 1985: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege - Zur Kritik der Funktionspflege. Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover
- Engdahl Emma 2005: A Theory of the Emotional Self. Title: A Theory of the Emotional Self. From the Standpoint of a Neo-Meadian. 2nd Edition June 2005, Publisher: Örebro University, University Library, 2005, www.ub.oru.se, Publication editor: Joanna Jansdotter, Editor: Heinz Merten, Printer: Intellecta DocuSys, V. Frölunda 6/2005, ISSN 1650-2531; ISBN 91-7668-441-5; abgerufen am 15. Mai 2011
- Engelhardt von Michael, Christa Herrmann 1999: Humanisierung im Krankenhaus. Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung
- Emshoff Gerda 2000: Probleme des Sorge-Begriffs in der Pflgetheorie von Patricia Benner und Judith Wrubel unter besonderer Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. In: Pflge 5. Jg. (3): 76-81
- Endacott Ruth 1997: Clarifying the concept of need: a comparison of two approaches to concept analysis. In: J. of Adv. Nurs., 25 (3): 471-476
- Eraut Michael 1994: Developing Professional Knowledge and Competence. The Falmer Press, London
- Eraut Michael 1998: Concepts of competence. In: Journal of Interprofessional Care, Vol. 12 (2): 127-139
- Eraut Michael 2000: Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. In: British Journal of Educational Psychology. 70: 113-136
- Eraut Michael 2001: Foreword. In: Higgs Joy, Angie Titchen (eds.) 2001: Practice Knowledge & Expertise in the Health Professions. Butterworth/Heinemann, Oxford: vii-viii
- Eraut Michael 2003: The many meanings of theory and practice. In: Learning in Health and Social Care, 2 (2):61-65
- Eraut Michael et al. 2004: Learning in the Professional Workplace: Relationships between Learning Factors and Contextual Factors. Division I Paper Session, Monday 12th April, AREA 2004 Conference, San Diego: 1 - 44
- Eraut Michael 2004: Informal learning in the workplace. In: studies in Continuing Education, 26 (2): 247-273
- Eraut Michael 2005: Expert and expertise: meanings and perspectives. In: Learning in Health and Social Carer, 4 (4): 173-179
- Eraut Michael 2007a: Professional knowledge und learning at work. In: Knowledge, Work and Society, 45-62 (1-14)
- Eraut Michael 2007b: Learning from other people in the workplace. In: Oxford Review of Education, Vol. 33, No. 4, (September): 403-422
- Eraut Michael, Wendy Hirsh 2007: The Significance of Workplace Learning for Individuals, Groups and Organisations. ESRC Centre on Skills, Knowledge and Organisational Performance – SKOPE - Oxford & Cardiff Universities, www.skope.ox.ac.uk/publications/significance-workplace-learning-individuals-groups-and-organisations, Zugriff: 5. Juli 2010
- Eraut Michael 2008: How Professionals Learn through Work. SCEPTRe, Draft 1, 22/04/08
- Eraut Michael 2010, <http://www.lifewidelearningandeducation.pbworks.com>, Zugriff Sept 2010
- Erickson Eva H. 1980: Thw Nursing SService Director 1880-1980. In. Journal of Nursing Administration, Vol 10 (4): 6-13, s. Kap. 4: 159
- Ertl-Schmuck Roswitha, Franziska Fichtmüller (Hrsg.) 2010: Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Juventa Verlag, Weinheim und München

- Etzioni Amitai 1971: Soziologie der Organisationen. Juventa Verlag München
- Evans III, F. Barton 1996: Harry Stack Sullivan. Interpersonal theory and psychotherapy. Routledge, London & New York
- Evans Judith A. 1994: The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice. In: *Holistic Nurse Pract* 8 (3): 22-31
- Evers George C.M. 1997: Pflegen als Interaktionsprozess: das Pflege-Konzept von Imogene King. In: Evers George C.M.: *Theorie und Prinzipien der Pflegekunde*. Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden 89 - 97
- Evers Thomas 2009: Die empirische Analyse von Kompetenzen – Methoden für die berufliche Praxis. In: *PrInterNet-Pflegewissenschaft*, 06: 337-342
- Evetts Julia 2003: The sociological Analysis of Professionalism. *Occupational Change in the Modern world*. In: *International Sociology*, June Vol. 18 (2) 395-415
- Evetts Julia 2005: The Management of Professionalism: a contemporary paradox. Kings College London (Paper: Changing Teacher Roles, Identities and Professionalism, 19. October 2005, www.kcl.ac.uk/content/1/c6/01/41/71/paper-evetts.pdf)
- Evetts Julia 2009: New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences. In: *Comparative Sociology* 8: 247-266
- Evetts Julia 2011: Professionalism and Public Management (Non-for-Profit Organizations): Challenges and Opportunities. In: Langer Andreas, Andreas Schröer (Hrsg.): *Professionalisierung im Non-Profit Management*. VS Verlag, Wiesbaden: 33 - 44
- Ewens Ann 2003: Changes in nursing identities: supporting a successful transition. In: *Journal of Nursing Management*, Vol. 11 (4):224-228
- Fagerhaugh Shizuko Y., Anselm Strauss 1977: *Politics of Pain Management. Staff-Patient-Interaction*. Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park
- Fagerhaugh Shizuko, Anselm Strauss, Barbara Suczek, Carolyn Wiener 1987: *Hazards in Hospital Care. Ensuring Patient Safety*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, London
- Fagermoen Solveig May IG 1997: Professional Identity values embedded in meaningful practice. In: *Journal of Advanced Nursing*, 25: 434-441
- Fagin Claire M. 1992: Collaboration between Nurses and Physicians: No longer a Choice. In: *Academic Medicine*, Vol. 67, (5): 295-303
- Fagin Leonard, Antony Garelick (2004): The doctor-nurse relationship. In: *Advances in psychiatric treatment*, 10: 277-286
- Fairman Julie, Joan E. Lynaugh 1998: *Critical Care Nursing. A History*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
- Fairman Julie 2008. *Making Room in the Clinic. Nurse Practitioners and the Evolution of Modern Health Care*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey and London.
- Farchus Stein Karen 1995: Schema Model of the Self-Concept. Image: *Journal of Nursing*, Vol. 27, No. 3: 187-193
- Fasoli DiJon R. 2010: The Culture of Nursing Engagement. A Historical Perspective. In: *Nurs Admin Q*, Vol. 34, No. 1: 18-29
- Fawcett Jacqueline 1984: *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Fawcett Jacqueline 1989: *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. 2nd Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia
- Fawcett Jacqueline 2001: The Nurse Theorists: 21st-Century Update – Imogene M. King. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 14, No.4, October: 311-315
- Fawcett Jacqueline 2005: *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia
- Fawcett Jacqueline 2005: Roy's Adaptation model. In: Fawcett Jacqueline 2005 *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia: 364 - 437
- Fawcett Jacqueline, Iain Graham 2005: Advanced Practice Nursing: Continuation of the Dialogue. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 18 (1): 37-41
- Fawcett Jacqueline 2006: Commentary: Finding patterns of knowing in the work of Florence Nightingale. In: *Nursing Outlook*, Vol. 54 (5): 275-277

- Fegran Liv, Sølvi Helseth 2009: The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23: 667-673
- Feministische Studien, Extraheft „Fürsorge – Anerkennung – Arbeit. 18. Jahrgang, Heft 1 2000
- Fennimore Laura, Gail Wolf 2011: Nurse Management Leadership Development. Leverage the Evidence and System-Level Support. In: *JONA*, Vol. 14 (5): 204-210
- Fernandez Ritin, Duong T. Tran, Maree Johnson, Sonya Jones. 2010: Interdisciplinary communication in general medical and surgical wards using two different models of nursing care delivery. In: *Journal of Nursing Management*, Vol. 18 (3): 265-274
- Featherstone Mike, Mike Hepworth, Brian S Turner 1991: *The Body. Social Process and Cultural Theory*. Sage Publications, London
- Fiechter Verena, Martha Meier 1985: *Pflegeplanung .Eine Anleitung für die Praxis*. RECOM, Basel
- Fiechtmüller Franziska, Anja Walter 2007: *Pflege lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns*. V&Runipress, Osnabrück
- Field David 1978: Der Körper als Träger des Selbst. Bemerkungen zur sozialen Bedeutung des Körpers. In: *KfZSS, Sonderband 20* hrsg. Von Hammerich Kurt, Michael Klein: 244 – 264
- Fielding Carol, Debbie Rooke, Iain Graham, Steven Keen 2007: Reflections on a ‘virtual’ practice development unit: changing practice through identity development. In: *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1312-13-19; doi:10.1111/j.1365-2702.2007.0243.x
- Filipp Sigrun-Heide 1985: Selbstkonzept. In: Herrmann Theo, Ernst-D. Lantermann (Hrsg.): *Persönlichkeitspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Urban & Schwarzenberg, München: 347 – 353
- Fine Michael, Caroline Glendinning 2005: Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of ‘care’ and ‘dependency’. In: *Aging & Society*, 25: 601-621
- Fisher Berenice, Joan Tronto 1990: Toward a Feminist Theory of Caring. In: In: Abel Emily K., Margaret K. Nelson (eds.): *Circles of Care. Work and Identity in Women’s Lives*. State University of New York Press, New York: 35 – 62
- Fitzpatrick Louise M. 1977: Nursing. In: *Signs, Journal of Women in Culture and Society*. Vol. 2 (4): 818 - 834
- Fitzpatrick Joyce J., Ann L. Whall 1996: *Conceptuale Models of Nursing. Ananalysis and Application*. 3rd Edition, Appleton & Lange, Stamford, Conneticut
- Flaherty Michael g.; Gary Alan Fine 2001: Present, Past, and Future. Conjugating George Herbert Mead’s perspective on time. In: *TIME & SOCIETY*, Vol. 10 (2/3): 147-161
- Fleck Ludwig 1993: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main
- Fletcher Karen 2007: Image: changing how women nurses think about themselves. Literature review. In: *Journal of Advanced Nursing*, 58 (3): 207-215
- Flexner Abraham 1932: *Die Universitäten in Amerika, England, Deutschland*. Verlag Julius Springer, Berlin
- Forchuk, Cheryl 1992: The Orientation Phase of the Nurse-Client Relationship: How Long does it Take. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 28, No. 4, Oct/Dec: 7-10
- Forchuk, Cheryl 1993: Hildegard E. PEPLAU. *Interpersonal Nursing Theory*. Sage Publications, Newbury Park
- Forchuk, Cheryl 1994: The orientation phase of the nurse-client relationship: testing Peplau’s theory. In: *Journal of Adv. Nursing*, 20: 532-537
- Forchuk, Cheryl 1995: Uniqueness Within the Nurse-Client-Relationship. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. IX, No. 1 (Feb.): 34-39
- Forchuk, Cheryl, Jan Westwell, Mary-Lou Martin, Wendy Bamber Azzapardi, Donna Kosterewa-Tolman, Margaret Hux 1998a: Factors Influencing Movement of Chronic Psychiatric Patients From the Orientation to the Working Phase of the Nurse-Client Relationship on an Inpatient Unit. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, Jan-Mar. 34 (1): 36 – 44
- Forchuk, C., J Westwell, R. Schofield, M. Sircelj, T. Valledor 1998b: From hospital to community: Bridging Therapeutic Relationships. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5: 197-202
- Forchuk, Cheryl, Jan Westwell, Mary-Lou Martin, Wendy Bamber Azzapardi, Donna Kosterewa-Tolman, Margaret Hux 2000: The Developing Nurse-Client Relationship: Nurses’ Perspectives. In: *Journal of the American Psychiatric Association*, Feb., Vol. 6 (1): 3 – 10
- Forsyth Sue, Heather McKenzie 2006: A comparative analysis of contemporary nurses’ discontents. In: *Journal of Advanced Nursing*, 56 (2), 209–216
- Forte James A. 2002: Mead, Contemporary Metatheory, and Twenty-First-Century Interdisciplinary. In: *Sociological Practice: A Journal of Clinical and Applied Sociology*, Vol. 4., No. 4, Dec.: 314-334

- Fortin Jacqueline 1999: Bedürfnisse. In: Kollak Ingrid, Suzie Kim Hessok (Hrsg): *Pflegetheoretische Grundbegriffe*. Verlag Hans Huber, Bern: 55- 70
- Fortin Jacqueline 2006: Human Needs and Nursing Theories. In: Kim Hessok Sizie, Ingrid Kollak (eds.) 2006: *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*. Springer Publishing Company, New York: 10 - 26
- Fortune Tracy, Maureen H. Fitzgerald 2009: The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu. In: *Australian Occupational Therapy Journal*, 56: 81-88
- Fourcher Lious A., Marion J. Howard 1981: Nursing and the “Mangerial Demiurge”. In: *Soc.Sci. Med.*, Vol. 15A: 299-306
- Fox Nick J. 2011: Boundary Objects, Social Meanings and the Success of New Technologies. In: *Sociology* 45 (1): 70 – 85
- Frank Arthur 1991: From Sick Role to Health Role. In: Robertson Roland, Bryan S. Turner (eds.): *Talcott Parsons. Theorist of Modernity*. Sage Publications LTD, London: 205 – 216
- Frank, Deborah I 1988: Psychosocial Assessment of Renal Dialysis Patients. In: *ANNA Journal*, August, Vol. 15, No. 4: 207 – 210
- Frank Deborah I., Alan R. Lang 1990: Disturbances in Sexual Role Performance of chronic Alcoholics: An Analysis Using Roy’s Adaptation Model. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 11: 243 – 254
- Franks Davids D. (2010): *Neurosociology. The Nexus between Neuroscience and Social Psychology*. Springer, New York
- Freidson Eliot 1986: *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. The University of Chicago Press, Chicago
- Freidson Eliot 1994: *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. The University of Chicago Press, Chicago
- Freidson Eliot 2001: *Professionalism. The third logic. On the practice of knowledge*. The University of Chicago Press, Chicago
- Freshwater Dawn (ed.) 2002: *Therapeutic Nursing. Improving Patient Care through Self Awareness and Reflection*. Sage Publications, London
- Frey Hans-Peter, Karl Haußer, K. 1987: Entwicklungslinien sozialwissenschaftlicher Identitätsforschung. In: Frey, H.-P.; Karl Haußer (Hrsg.): *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung*. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
- Frey Maureen A; Christina L. Sieloff (eds.) 1955: *Advancing King’s Systems Framework and Theory of Nursing*. Sage Publications, Thousand Oaks
- Friesacher Heiner, Andrea Rux-Hasse 1998: Der Paradigmenbegriff in der Pflegewissenschaft. In: *Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 11. Jg. (1): 15-20; (2):61-70
- Friesacher Heiner 2008: *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. V&Runipress, Universitätsverlag Osnabrück
- Frühmorgen Otto 1988: Freie Entwicklung der Krankenhausfinanzierung bis 1936. In: Gronemann Josef, Klaus Keldenich (Hrsg.): *Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Professor Dr. Siegrid Eichhorn zum 65. Geburtstag*. Verlag E.C. Baumann KG, Kulmbach: 130-135
- Furåker Carina 2008: Register Nurses Views on their professional role. In: *Journal of Nursing Management*, 16: 933-941
- Furåker Carina 2009: Nurses everyday activities in hospital care. In *Journal of Nursing Management*, 17: 269-277
- Gagliardi Barbara A, Keville Frederickson, Deborah A. Shanley 2002: Living with Multiple Sclerosis: A Roy Adaptation Model-Based Study. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 15 (3): 230-236
- Gagliardi Barbara A. 2003: The experience of sexuality for individuals living with multiple sclerosis. In: *Journal of Clinical Nursing*, 12 (4): 571-578
- Gallant Mae H.; Marcia C. Beaulieu, Franco A. Carnevale 2002: Partnership: an analysis of the conept within the nurse-client relationship, In: *Journal of Advanced Nursing*, 40 (2): 149-157
- Garbett Rob 2004: The role of practitioners in developing professional knowledge and practice. In: In: Higgs Joy, Barbara Richardson, Madeleine Abrandt Dahlgren (eds.) 2004: *Developing Practice Knowledge for Health Professionals*. Butterworth Heinemann, Oxford: 165-180
- Garling Jean 1985: Flexner and Goldmark: Why the difference in Impact? In: *Nursing Outlokk*, Vol. 33 (1): 26-31

- Garrison James W. 2002: Habits as Social Tools in Context. In: The occupational Therapy Journal of Research. Winter 2002, Vol. 22, Supplement: 11S-17S
- Gastmans Chris: Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. In: Journal of Advanced Nursing, 28 (6): 1312-1319
- Geanellos Rene 2002: Transformative change of self: the unique focus of (adolescent) mental health nursing. In: Internal Journal of Mental Health Nursing, Vol. 11: 174:185
- Gebbie Kristine M. 2009: 20th-century reports on nursing and nursing education: What difference did they make? In: Nursing Outlook, 57: 84-92
- Gecas Viktor 1982: The Self-Concept. In: Ann. Rev. Sociol., 8: 1 - 33
- Gelfand Malka Susan 2007: Daring to Care. American Nursing and Second-Wave Feminism. University of Illinois Press, Urbana and Chicago
- Georg Jürgen (Hrsg.) 2005: NANDA International. NANDA-Diagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006. Huber, Bern
- George, Julia B. 2002: Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey
- Gerste Bettina, Henner Schnellschmidt, Christiane Rosenow 2001: Personal im Krankenhaus: Entwicklungen 1991 bis 1999. In: Arnold Michael, Jürgen Klauber, Henner Schnellschmidt, (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2001 - Schwerpunkt: Personal. Schattauer GmbH, Stuttgart: 13-46
- Gerwin Birgit, Regina Lorenz-Krause 2005: Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells. Lit Verlag Münster
- Geulen Dieter (Hrsg.) 1982: Perspektivenübernahme und soziales Handeln. Texte zur sozial-kognitiven Entwicklung. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main
- Gieryn Thomas F. 1983: Boundary-Work and Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. In: American Sociological Review, Vol. 48: (dec): 781-795
- Gildemeister Regine, Angelika Wetterer (Hrsg.) 2007: Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen. Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster: 189-214
- Gildemeister Regine, Günther Robert 2008: Geschlechterdifferenzierungen in lebenszeitlicher Perspektive. Interaktion-Institution-Biographie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Gillespie Alex 2005: G.H. Mead: Theorist of the Social Act. In: Journal for the Theory of Social Behaviour, 35 (1): 19-39
- Gillespie Alex 2006: Games and the Development of Perspective Taking. In: Human Development 49: 87-92
- Gillespie Alex 2012: Position exchange: The social development of agency. In: New Ideas in Psychology 30: 32-45
- Gjerberg Elisabeth, Lise Kjølørød 2001: The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operative with a female nurse? In: Social Science and Medicine 52: 189-202
- Glaser Barney G.; Anselm L. Strauss 1968/2007: Time for Dying. 2nd paperback printing, Aldine Transaction, New Brunswick
- Glaser Barney G.; Anselm L. Strauss 1965/2009: Awareness of Dying. 8th paperback printing, Aldine Transaction, New Brunswick
- Glaser Barney G.; Anselm L. Strauss 2010/1971: Status Passage. 1st paperback printing, Aldine Transaction, New Brunswick
- Glodny Susanne, Oliver Razum 2008: Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. In: Schaeffer Doris, Johann Behrens, Stefan Görres (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Juventa Verlag, Weinheim und München: 132-152
- Görres Stefan et al. (Hrsg.) 2001: Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.
- Görres Stefan, Heiner Friesacher 2005: Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft, Pflgetheorien und Pflegemodelle. In: Schröter Klaus R., Thomas Rosenthal (Hrsg.): Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Juventa-Verlag, Weinheim und München: 33 - 50
- Görres Stefan et al. 2005: Synopse der Modellprojekte in Deutschland. Transfernetz Innovative Pflegeausbildung (tip), Bremen, Oktober

- Görres Stefan, Martina Stöver et al 2009: Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung. – Synopse evaluierender Modellberichte – Abschließender Projektbericht. Zeitraum:01.10.2008 – 31.12.2009, Oktober 2009, IPP-Bremen, Universität Bremen
- Görres Stefan et al. 2010: Pflegerische Kernkompetenzen von Krankenhäusern. In: Die Schwester/Der Pflege, 49. Jg., Heft 8: 809-813
- Goffman Erving 2001: Interaktion und Geschlecht. Campus Verlag, Frankfurt am Main,
- Gordon Marjorie. 1994: Nursing Diagnosis. Process and Application. Third Edition, Mosby, St. Louis
- Gordon Marjorie, Sabine Bartholomeyczik 2001: Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. Urban & Fischer, München, Jena
- Gordon Suzanne, Berenice Buresh (2000): From Silence to Voice. What Nurses Know and Must Communicate to the Public. ILR Press, Cornell University Press, Ithaca and London (paperback 2003)
- Gottschalch Wilfried 1991: Soziologie des Selbst. Einführung in die Sozialisationsforschung. Roland Asanger Verlag, Heidelberg
- Graham Janet 2006: Nursing Theory and clinical practice: How three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. In: The CANNT Journal, Oct.-Dec. Vol. 16, Issue 4: 28-31
- Graham Reinhard, Alfred Gutwetter 2002: Konflikte im Krankenhaus. 2. überarbeitete Auflage. Huber, Bern
- Grauhan Antje 1964a: Betrachtungen zur heutigen Struktur des Pflegeberufs. 1. Teil. In: DSZ, Heft 2, 17 Jg.: 38 – 40
- Grauhan Antje 1964b: Betrachtungen zur heutigen Struktur des Pflegeberufs. 2. Teil. In: DSZ, Heft 3, 17 Jg.: 70 -73.
- Grauhan, Antje 1967: Die Kranken- und Kinderkrankenschwester im Dienste der Gesundheit. In: DSZ, Heft 4, 20. Jg.: 168-171
- Grauhan, Antje 1968: Der Krankenpflegeberuf heute. In: Das Krankenhaus, 12, 60. Jg, Heft 4.: 464 – 469
- Grauhan, Antje 1990: Reflexionen über den Fortschritt in der Krankenpflege. In: Schwesternschule der Universität Heidelberg: Fortbildungstagung anlässlich des Ausscheidens von Frau Antje Grauhan aus dem aktiven Berufsleben. Akademisierung der Pflege, Freitag, 20. April 1990. Dokumentation: 53-69
- Gregg Misuzu F.; Joan K. Magilvy 2001: Professional Identity of Japanese nurses: Bonding into nursing. In: Nursing and Health Sciences, 3: 47-55
- Greve Werner (Hrsg.) 2000: Psychologie des Selbst. Beltz, Psychologie VerlagsUnion, Weinheim
- Grey Margaret, Kathleen Knafl, Ruth McCorkle 2006: A framework for the study of self and family management of chronic conditions. In: Nursing Outlook, 54 (5):278-286
- Griffiths Peter 2008: The art of losing? A response to the question 'is caring a lost art? In: International Journal of Nursing Studies 45: 329-332
- Groups Thetis M., Joan I. Roberts 2001: Nursing, Physician Control, and the Medical Monopoly. Indiana University Press, Bloomington
- Grubitzsch, Siegfried, Günter Rexilius (Hg.) 1990: Psychologische Grundbegriffe. Mensch und Gesellschaft in der Psychologie. Ein Handbuch. Rowohlt-Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg
- Grün Katharina 1998: Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten und ihren Angehörigen an professionell Pflegenden im häuslichen Bereich. Eine inhaltsanalytische Betrachtung qualitativer Einzelfallstudien. In: Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Ev. Fachhochschule Darmstadt (Hrsg.): Pflegewissenschaft im Alltag. Untersuchungen aus verschiedenen Arbeitsfeldern. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main: 53 - 105
- Gugutzer Robert 2002: Leib, Körper und Identität. Eine Phänomenologisch-Soziologische Untersuchung zur Personalen Identität. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Gugutzer Robert 2008: Alter(n) und die Identitätstoleranz von Leib und Körper. In: Z. Gerontol. Geriat. 41: 182-187
- Gulitz Elizabeth A., Imogene M. King 1988: King's General Systems Model: Application to Curriculum Development. In: Nursing Science Quarterly, Theory, Research and Practice, Vol. 1, No. 3 (August): 128 -132
- Haag-Heitman Barbara 1999: Clinical practice development. Using Novice to Expert theory. An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland
- Hass Willy 1955: Der Auftrag der Schwester im Krankenhaus. In: DKZ, 8. Jg., Heft 4: 102-105
- Habermas Jürgen 1972: Theorie und Praxis. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main
- Habermas Jürgen 1985: Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Suhrkamp, Frankfurt am Main

- Habermann Monika, Leana R. Uys 2006: The Nursing Process a Global Concept: an introduction. In: Habermann Monika, Leana R. Uys (eds.) 2006: The Nursing Process a Global Concept. Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh: 1-13
- Habermann Monika 2006: The Nursing Process: developments and issues in Germany. In: Habermann Monika, Leana R. Uys (eds.) 2006: The Nursing Process a Global Concept. Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh: 95-105
- Hagemann-White 1997: Die Eigenständigkeit der Pflege. Plenarvortrag bei der Tagung: „Der kleine Unterschied ... Frauen im Gesundheitswesen“, Wien, 6-8. März, Manuskript
- Halford Susan, Mike Savage, Anne Witz 1997: Gender, Careers and Organisations. Current Developments in Banking, Nursing and Local Government. MacMillan Press Ltd, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire & London
- Hall Pippa 2005: Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. In: Journal of Interprofessional Care, 5 Supplement 1: 188-196
- Halldorsdottir Sigridur 2008: The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. In: Scand J. Caring Science, 22: 643-652
- Hallensleben Jörg Alexander 2001: Was kennzeichnet die Disziplin Pflege? Eine Diskussion des sogenannten Metaparadigmas der Pflege von J. Fawcett. In: PFLEGEMAGAZIN, 2. Jg. H. 6: 18-24
- Haller Dieter 2000: Einführung zum Grounded Theory-Approach. In: Haller Dieter (Hrsg.) 2000: Grounded Theory in der Pflegeforschung. Professionelles Handeln unter der Lupe. Verlag Hans Huber, Bern: 11 – 27
- Halloran Edward J. 1995: An Introduction to Virginia Henderson. In: Halloran Edward J. (ed.) A Virginia Henderson Reader. Excellence in Nursing. Springer Publishing Company, New York: XI- XVII
- Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt (HmbGVBl.) nr. 43, 2009: Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Pflegefachkräfte-Berufsordnung) vom 29. September 2009, Freitag, 2. Oktober 2009: S. 339-341
- Hamilton Diane 1994: Constructing the Mind of Nursing. In: Nursing History Review, Vol. 2: 3-28
- Hamilton Peter (ed.) 1992: George Herbert Mead. Critical Assessments. Vol. IV, Routledge, London
- Hammick Marilyn, Lorna Olckers, Charles Champion-Smith 2009, Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. In: Medical Teacher, Vol. 31(1):1-12
- Hampel Eva: Perspektivwechsel. Die eigene Profession im Blick der Anderen: Wie fühlen sich Pflegende in ihrer Arbeit von den ÄrztInnen „gesehen“? Wie fühlen sich ÄrztInnen von den Pflegende in ihrer Arbeit „gesehen“? In: Pflege, 16: 297-303
- Hampel Klaus 1983: Professionalisierungstendenzen in den Krankenpflegeberufen. Ein theoretischer und empirischer Beitrag zu neuen Berufsbildern in den paramedizinischen Berufen. LIT Verlag Münster
- Hannon-Engel Sandra L. 2008: Knowledge Development: The Roy Adaptation Model and Bulinina Nervosa. In: Nursing Science Quarterly, 21 (2), April: 126-132
- Hardy Sally, Angie Titchen, Brendan McCormack, Kim Manley (eds.) 2009: Revealing Nursing Expertise Through Practitioner Inquiry. Wiley-Blackwell, Oxford.
- Harmer, Bertha 1922: Text-Book of the Principles and Practice of Nursing. The Macmillan Company, New York.
- Harmer Bertha 1925: “Teaching and Learning Through Experience”. In: Birnbach Nettie, Sandra Lewenson (eds.) 1991: First Words: Selected Addresses from the National League for Nursing 1894-1933. National League for Nursing Press, New York, Pub. No.14-2410: 47-56
- Harmer, Bertha 1936: Text-Book of the Principles and Practice of Nursing. 3rd Edition, The Macmillan Company, New York.
- Harmer Bertha, Virginia Henderson 1939/1943: Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 4th. Edition, Macmillan Comp., 7th. Printing, New York
- Harmer Bertha, Virginia Henderson 1955: Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 5th. Edition, Macmillan Comp., New York
- Harsdorf Herbert, Wolfgang Raps 1986: Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar. Carl Heymanns Verlag KG, Köln
- Hartmann Fritz 1975: Die Aus- und Fortbildungssituation in der Krankenpflege. In: Schwitajeswki Hannelore, Johan Jürgen Rohde (Hrsg.): Berufsprobleme der Krankenpflege. Urban & Schwarzenberg: 47 – 58

- Harwood Lori et al. 2007: Nurses' perceptions of the impact of a renal nursing professional practice model on nursing outcomes, characteristics of practice environments and empowerment – Part I. In: The CANNT Journal, January – March, Vol. 17, Issue I: 22-29
- Hasseldorn Hans-Martin et al. 2005: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Wirtschaftsverband NW, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wuppertal
- Hasseler Martina: Pflegetheorien für die Pflege und Betreuung im Wochenbett. In: Kinderkrankenschwester, 20 Jg., Nr. 12, 2001: 537 – 539.
- Haug Karin 1995: Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotenziale und Arbeitsteilung. Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften. Paper, Arbeitsgruppe Public health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P95-202, April, Berlin
- Haußer Karl 1995: Identitätspsychologie. Springer Verlag, Berlin
- Haut Cathy, Karen Peddicord, Eileen O'Brien 1994: Supporting Parental Bonding in the NICU: A Care Plan for Nurses. In: Neonatal Network/Dec. Vol 13 (8): 19-25
- Healey Patricia, Fiona Timmins 2003: Using the Roper-Logan-Tierney model in neonatal transport. In: British Journal of Nursing, Vol.12, No.13: 792-798
- Health Service Executive (HSE) 2010: Enhancing Care for Older People. A Guide to Practice Development Processes to Support and Enhance Care in Residential Settings for Older People. www.hse.ie/eng/services/Publications/corporate/NursingServices/Enhancing_Care_for_Older_People.pdf. abgerufen am 18.Nov.2010
- Heffels Wolfgang M. 2003: Pflege gestalten. Eine Grundlegung zum verantwortlichen Pflegehandeln. Mabuse-Verlag, Wissenschaft 65, Frankfurt am Main
- Heidenreich Martin o.J.: Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung. <http://www.fortunecity.com/victorinan/hornton/117/lundgreen.htm>. herunter geladen am 02.05.2005
- Heinemann-Knoch Marianne, Tina Knoch, Elke Korte 2006: Zeitaufwand in der häuslichen Pflege: Wie schätzen ihn Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre privaten Hauptpflegepersonen selbst ein? In: Z Gerontol Geriat 39:413–417 (2006), DOI 10.1007/s00391-006-0414-2
- Heinz Walter R. 1995: Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Heisig Ulrich 2005: Professionalismus als Organisationsform und Strategie von Arbeit. In: Pfadenhauer Michaela 2005: Professionelles Handeln. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 27 - 53
- Hellige Barbara 2002: Balanceakt Multiple Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit. Kohlhammer, Stuttgart
- Henderson Liz, Sandra McKillop 2008: Using Practice Development Approaches in the Development of a Managed Clinical Network. In: Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson (eds.): International Practice Development in Nursing and Healthcare. Blackwell Publishing, Oxford: 319 - 348
- Henderson Virginia 1977: Grundregeln der Krankenpflege. Herausgegeben vom Weltbund der Krankenpflege (ICN), 3. Ausgabe, Genf englische Ausgabe: International Council of Nurses (ICN)/Henderson Virginia 1960: Basic Principles of Nursing Care. Revised 1969, reprinted 1977, Geneva, Switzerland)
- Henderson Virginia, Gladys Nite 1978: Textbook of the Principles and Practice of Nursing, 6th. Edition, Macmillan Comp., New York
- Henderson Virginia 1995/1965: The Nature of Nursing. In: Halloran Edward J. (ed.): A Virginia Henderson Reader. Excellence in Nursing. Springer Publishing Company, New York: 213 – 223; dieser zuerst 1965 im American Journal of Nursing erschienene Artikel ist von Ulrich Enderwitz 1997 unter dem Titel ‚Das Wesen der Pflege‘ ins deutsche übertragen worden. Er ist abgedruckt in: Schaeffer Doris et al. (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA, 1997: 39 –54
- Henderson Virginia 1995/1978 Nursing as an Aspect of Health Care. In: Halloran Edward J. (ed.): A Virginia Henderson Reader. Excellence in Nursing. Springer Publishing Company, New York: 307-378
- Henderson Virginia 1995/1980: Preserving the Essence of Nursing in a Technological Age. In: Halloran Edward J. (ed.): A Virginia Henderson Reader. Excellence in Nursing. Springer Publishing Company, New York: 96 - 115
- Henderson Virginia 1995/1982: The Nursing Process - Is the Title Right? In: Halloran Edward J. (ed.): A Virginia Henderson Reader. Excellence in Nursing. Springer Publishing Company, New York: 199 – 212; dieser Artikel wurde zuerst veröffentlicht im Journal of Advanced Nursing, 7: 103 – 109
- Henderson Virginia 1995/1985: The Essence of Nursing in High Technology. In: Halloran, Edward J. (ed.): A Virginia Henderson Reader. Excellence in Nursing. Springer Publishing Company, New York: 16 -25

- Henderson Virginia 1978/2006: The concept of nursing. In: J. of. Adv. Nurs. 53 (1): 21-34
- Henninger Ruth 2003: Eine chronische psychische Erkrankung und die Entwicklung der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve: Psych Pflege, 98: 153-159
- Herder-Dorneich Philipp 1994: Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembe-
reiche, Theoretische Grundlagen. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Hester Micah D. 2001: Community as Healing. Pragmatist Ethics in Medical Encounters. Rowan & Littlefield
Publishers, Inc. Lanham
- Heusinger Josefine 2006: Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. In: Z Ger-
ontol Geriat 39:418-422 (2006), DOI 10.1007/s00391-006-0415-1
- Higgs Joy, Lee Andresen 2001: The Knower, the knowing and the known: threads in the woven tapestry of
knowledge. In: Higgs Joy, Angie Titchen (eds.) 2001: Practice Knowledge & Expertise in the Health Profes-
sions. Butterworth/Heinemann, Oxford: 10 – 21
- Higgs Joy, Angie Titchen (ed.) 2001a: Professional Practice in Health, Education, and the Creative Arts. Black-
well Science, Oxford.
- Higgs Joy, Angie Titchen 2001b: Practice Knowledge & Expertise in the Health Professions. Butterworth-
Heinemann, Oxford
- Higgs Joy, Mark Jones, Ian Edwards, Sarah Beeston 2004: Clinical reasoning and practice knowledge. In: Higgs
Joy, Barbara Richardson, Madeleine Abrandt Dahlgren (eds.) 2004: Developing Practice Knowledge for
Health Professionals. Butterworth Heinemann, Oxford : 181-199
- Higgs Joy. Mark A. Jones 2008: Clinical reasoning and clinical decision making – nature and context. In: Higgs
Joy, Mark A. Jones, Stephen Loftuss, Nicole Christensin (eds.): Clinical reasoning in the health professions.
3rd Edition, Buterworth/Heinerman/Elsevier, Amsterdam: 3-17
- Hilbert Josef, Michaela Evans 2009: Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestal-
ten. Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungen, herausgegeben von der Friedrich Ebert Stiftung, Mai
2009
- Hirsh Wendy 2004: Managers as Developers of Others: Main findings of an IES research study. With Silverman
Michael, Penny Tamkin, Charles Jackson. www.employment-studiers.co.uk, Zugriff: August 2010
- Hobbs Jennifer Lynn 2009: Defining Nursing Practice. The ANA Social Policy Statement 1980-1983. In: ANS,
Vol. 32, No. 1: 3-18
- Hochschild Arlie R. 1983/2003: The managed heart. Commercialization of human feeling. With a new after-
ward. University of California Press, Berkeley
- Hodgkins Myrtle P. 1932: Through Improvements in the Educational Process. In Birnbach Nettie, Sandra Le-
wenson (eds.) 1991: First Words: Selected Addresses from the National League for Nursing 1894-1933. Na-
tional League for Nursing Press, New York, Pub. No.14-2410: 73-81
- Höhmnn Ulrike 2002: Versorgungskontinuität durch "Kooperative Qualitätsentwicklung" und abgestimmtes
Trajektmanagement. In Behrens Johann, Gero Langer (Hrsg.) 2003: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits-
und Pflegewissenschaften. 2. Jg.; 4, 2003
- Höhmnn Ulrike 2006: „Hilfehandeln“ als Tätigkeit der beruflichen Pflege. Eine Annäherung an zentrale Ele-
mente eines Bezugsrahmens in der Verschränkung von systemischer und handlungstheoretischer Perspekti-
ve. In: Pflege §& Gesellschaft 11. Jg., (1): 17-29 (Ablage Pflege-theorien)
- Höhmnn Ulrike 2007: Zur Praxisbedeutsamkeit eines pflegewissenschaftlichen Modells: Das modifizierte
Trajekt Konzept als Orientierungsrahmen für die beruf- und einrichtungübergreifende Versorgung multi-
morbider pflegebedürftiger Menschen. In: Miethe Ingrid et al (Hrsg.): Rekonstruktion und Intervention. In-
terdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung. Verlag Barbara Budrich, Opladen &
Farmington Hills: 135 – 148
- Höppner Karin, Adelheid Kuhlmei 2009: Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärzt-
lichen Berufsgruppen. In GGW, Jg. 9, Heft 2 (April): 7-14
- Hoffart Nancy, Cynthia Q. Woods 1996: Elements of a Nursing Professional Practice Model. In: Journal of Pro-
fessional Nursing, Vol. 12, No. 6 (Nov.-Dec.): 354-364
- Hofmann Irmgard 2002.: Ärzte und Pflegenden – Dialogkultur mangelhaft. In: Intensiv 10 (2):72 - 77
- Holler Gerhard, Marianne Schöberle 1983: Modellvorhaben "Menschengerechte Krankenpflege" des Bundesmi-
nisteriums für Arbeit und Sozialordnung - Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Institut für
Entwicklungsplanung und Strukturforshung GmbH, Hannover
- Hollick Jürgen 1998: Elemente psychiatrischer Pflege. Das Modell von Roper, Logan und Tierney. In: Psych.
Pflege 4 (1998): 82-77
- Holtgrewe Ursula 1997: Frauen zwischen Zuarbeit und Eigensinn. Der EDV-Einzug in Kleinstbetriebe und die

- Veränderungen weiblicher Assistenzarbeit. Edition sigma rainer bohm verlag, Berlin
- Honneth Axel 1992: Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Honneth Axel 2003: Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main
- Honneth Axel 2005: Verdinglichung. Eine anerkennungstheoretische Studie. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Horneffer Karen J. 2006: Students' Self-Concepts: Implications for Promoting self-Care Within the Nursing Curriculum. In: Journal of Nursing Education, Vol. 45, No.8: 311-316
- Houck Gail M.; Adele M. Spegman 1999: The Development of self: Theoretical Understandings and Conceptual Underpinnings. In: Inf. Young Children, 12 (1): 1 -16
- Howell Joel D. 1996: Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century. The John Hopkins University Press, Baltimore and London
- Huber Diane L. (ed.) 2006: Leadership and Nursing Care Management. Third Edition, Saunders/Elsevier, Philadelphia
- Huber Diane L. (ed.) 2010: Leadership and Nursing Care Management. Fourth Edition, Saunders/Elsevier, Philadelphia
- Huckabay Loucine 2009: Clinical Reasoned Judgement and the Nursing Process. In: Nursing Forum, 44 (2): 72-78
- Hülsken-Giesler Manfred 2008: Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. V&Runipress, Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen
- Hughes Barbara, Joyce J. Fitzpatrick (2010): Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. In: Journal of Interprofessional Care, 24 (6): 625-632
- Hughes David 2002: Nursing and the division of labor: sociological perspectives. In: Allen Davina, David Hughes (eds.): Nursing and the Division in Healthcare. Palgrave/MacMillan, Houndsmill, Basingstoke: 1 - 21
- Hughes Everett 1993: The Sociological Eye. Selected Papers. Transaction Publishers, New Brunswick
- Husband Allison 1988: Application of King's Theory of Nursing to the care of the adult with diabetes. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 13, No. 4: 484-488
- Hutwelker Monika 2005: Zum Problem der Professionalisierungsbedürftigkeit pflegerischen Handelns. In: Bollinger Heinrich, Anke Gerlach, Michaela Pfadenhauer M. (Hrsg): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main: 147 – 159
- Huynh Truc, Marie Alderson, Mary Thompson 2008: Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. In: J. of Adv. Nurs. 64 (2): 195-208
- Igl Gerhard 1998: Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Unter Mitarbeit von Felix Welti, Göttingen
- Igl Gerhard 2008: Weiter öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. Voraussetzungen und Anforderungen. Unter Mitarbeit von Silke Staudte. Herausgegeben vom Deutschen Pflegerat e.V., Urban & Vogel GmbH, München.
- Ingwersen Ruth 2000: Personalentwicklungsmaßnahmen als Voraussetzung für die Modernisierung des Pflegedienstes. Bildungs- und gesellschaftstheoretische Überlegungen. In: Pflegemagazin. 1. Jg., Heft 4: 4-14
- Ingwersen Ruth 2009: Pflegebildung in Deutschland und die Verzahnung der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit dem tertiären Bereich. Der europäische Bildungsprozess und die Pflege. BOD-Verlag, Niedersachsen
- International Council of Nursing (ICN) 1977: Grundregeln der Krankenpflege. Übersetzt von Edith Fischer, Genf/ International Council of Nursing (ICN) 1977: Basic Principles of Nursing Care. 3. Ausgabe, Genf
- International Council of Nursing (ICN) 2004: Scope of Nursing Practice. Position Statement. www.icn.ch/psscope.html, heruntergeladen 20.02.07
- Jacobs Peter 2007: Delegation – mehr als eine Frage der Ärzteentlastung. In: Die Schwester/Der Pflege, 46 Jh. (11): 970-974
- Jantzen Darlaine 2008: Reframing professional development for first-line nurses. In Nursing Inquiry, 15 (1): 21-29
- Jarrin Olga F.: Core elements of U.S. Nurse Practice Acts and Incorporation of Nursing Diagnosis Language. In: Int. J. of Nurs. Terminologies and Classifications, Vol. 21 (4): 166-176
- Jasovsky Deborah A, Mary R. Morrow, Pamela S. Clementi, Paula A. Hindele 2010: Theories in Action and How Nursing Practice Changed. In: Nursing Science Quarterly, 23(19): 29-38
- Jaspers Melanie 1994: Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. In: Journal of

- Advanced Nursing, 20: 769-776
- Jaspers Melanie 2005: The Context of Health Leadership in Britain Today. In: Jaspers Melanie, Mansour Jumaa (eds.): Effective Healthcare Leadership. Blackwell, Oxford: 3 – 19
- Jasper Melanie 2006: Professional Development, Reflection and Decision-Making. Blackwell Publishing, Oxford
- Jaspers Melanie, Lynne Grundy, Esther Curry, Lynne Jones 2010: Challenges in designing an All-Wales professional development programme to empower wards sisters and charge nurse. In: Journal of Nursing Management, 18: 645-653
- Jennings Mowinski Bonnie, Cynthia C. Scalzi, James D. Rodgers, Anne Keane: Differentiating nursing leadership and management competencies. In: Nursing Outlook, 55, July/August: 169-175
- Jensen Karen, Leif Lahn 2005: The binding role of knowledge: an analysis of nursing students' knowledge ties. In: Journal of Education and Work, 18 (3): 305-320
- Joas Hans 1987: Einleitung. In: Mead George H. Gesammelte Aufsätze. Band 1 hrsg. von Hans Joas, Suhrkamp TB, Frankfurt am Main; GA I
- Joas H. 1989: Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werkes von G.H. Mead. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- Joas Hans 1992a: Die Kreativität des Handelns. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- Joas Hans 1992b: Pragmatismus und Gesellschaftstheorie Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main
- Joas Hans 1996: Kreativität und Autonomie. Die soziologische Identitätskonzeption und ihre postmoderne Herausforderung. In: Barkhaus Annette et. al. (Hrsg.): Identität, Leiblichkeit und Normativität. Neue Horizonte anthropologischen Denkens. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main: 357 – 369
- Joas Hans 1997: Die Entstehung der Werte. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Joas Hans; Wolfgang Knöbl 2004: Sozialtheorie. Zwanzig einführende Vorlesungen. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main
- Johns Christopher 1990: Autonomy of primary nurses: the need to both facilitate and limit autonomy in practice. In: Journal of Adv. Nurs., 15: 886-894
- Johns Christopher 2006: Engaging reflection in practice. A narrative approach. Blackwell Publishing, Oxford
- Johnson Joy L. 1994: A dialectical examination of nursing art. In: Advances in Nursing Science, Vol. 17 (1): 1-14
- Johnson Joy L. et al. 2004: Othering and Being Othered in the Context of Health Care Services. In: Health Communication, 16 (2): 253-271
- Jonas Christine M. 1987: King's goal attainment theory: Use in gerontological nursing practice. Perspectives, Winter 1987: 9-12
- Jonas Friedrich 1981: Geschichte Soziologie, Bd. 1 + 2, Westdeutscher Verlag, Opladen
- Jonsdottir H. 1999: Outcomes of implementing primary Nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses' experience. In: Journal of Nursing Management, Vol. 7: 235-242
- Jost Sandra G. 2010: Transformation of a Nursing Culture Through Actualization of a Nursing Professional Practice Model. In: Nurs. Admin Q, Vol. 34, No. 1: 40-40
- Jost Sandra G, Suma Joe Chacko, Darian L. Parkinson 2010: Integrated Primary Nursing. A Care Delivery Model for the 21st-Century Knowledge Worker. In: Nursing Administration Quarterly, Vol. 34 (3): 208-216
- Jung Matthias 2011: Verkörperte Intentionalität – Zur Anthropologie des Handelns. In: Hollstein Bettina, Matthias Jung, Wolfgang Knöbl (Hg.): Handlung und Erfahrung. Das Erbe von Historismus und Pragmatismus und die Zukunft der Sozialtheorie. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main 25-50
- Jungwirth Ingrid 2007: Zum Identitätsdiskurs in den Sozialwissenschaften. Eine postkolonial und queer informierte Kritik an George H. Mead, Erik H. Erikson und Erving Goffman. Transcript Verlag, Bielefeld
- Jurczyk Karin, Mechthild Oechsle (Hrsg.) 2008: Das Private neu denken. Erosionen, Ambivalenzen, Leistungen. Westfälisches Dampfboot, Münster
- Kada Olivia, Eva Bruner, Marco Maier (2010): Geschlechterrollenorientierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Z.Evid. Fortbild.Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ) 104: 495-502
- Kalisch Beatrice J.; Gay Landstrom, Reg Arthur Williams 2009: Missed nursing Care: Errors of omission. In: Nursing Outlook, Vol. 57 (1): 3-9
- Kälble Karl 2005: Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. Zum Akademisierung- und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie. In: Bollinger Heinrich, Anke Gerlach, Michaela Pfadenhauer (Hrsg): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2005: 31 – 53

- Käppeli Silvia 2004: Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege. Verlag Hans Huber, Bern
- Käppeli Silvia 2005: Transfer der Theorie in die Praxis oder Bereicherung der Theorie durch die Praxis. Die wissenschaftliche Herausforderung in der Pflege. Tagung der Hochschule für Gesundheit Fribourg, 12.4.2005 (Manuskript, runtergeladen im Mai 2007, UniversitätsSpital Zürich)
- Kampen Norbert van 1998: Theoriebildung in der Pflege. Eine kritische Rezeption amerikanischer Pflegemodelle. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
- Kamper Dieter; Christian Wulf (Hrsg.) 1982: Die Wiederkehr des Körpers. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main
- Kasper Christine E. 1995: Pragmatism: The Problem with the Bottom Line. In: Omery Anna, Christine E. Kasper, Gayle G. Page (eds.): In Search for Nursing Science. Sage Publications, Thousands Oak: 27 - 40
- Katzman Menter Elaine (1989): Nurses' and Physicians Perceptions of Nursing Authority. In: Journal of Professional Nursing, Vol. 5 (4): 208-214
- Kaufmann Gerda 1998: Amerikanische Pflege-theorien von 1955-1985. In: Krankenpflege, 42. Jg. (1): 12-14
- Keeling Arlene W. 2009: A Brief History of Advanced Practice Nursing in the United States. In: Hamric Ann B., Judith A. Spross, Charlene M. Hansom (eds.): Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach. Saunders/Elsevier St. Louis, Missouri: 3-32
- Keith Heather E. 1999: Feminism and Pragmatism: George Herbert Meads's Ethics of Care: I Transactions of the Charles S. Peirce Society, Spring, 1999, Vol. XXXV, No. 2: 328-344
- Kelley Brigid 1998: Preserving moral integrity: a follow-up Study with new graduate nurses. In: Journal of Advanced Nursing, 28 (5): 1134-1145
- Kellnhauser, Edith (Hrsg.): Der diagnoseorientierte Pflegeprozess. Bd.1, 2 und 3, Bibliomed, Melsungen: 1998
- Kesselring Annemarie: 1990: Unser Körper, der große Unbekannte. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe., 3. Jg., Heft 1:4-12
- Kesselring Annemarie: 1996: Einführung: Die Lebenswelt der Patienten. In: Kesselring Annemarie (Hrsg.): Die Lebenswelt der Patienten. Pflegewissenschaftliche Studien. Verlag Hans Huber, Bern: 7 – 19
- Keupp Heiner, Renate Höfer (Hrsg.) 1997: Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt am Main
- Keupp Heiner u.a. 1999: Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Keupp Heiner, Joachim Hohl (Hrsg.) 2006: Subjektdiskurse im gesellschaftlichen Wandel. Zur Theorie des Subjekts in der Spätmoderne. Transcript Verlag, Bielefeld
- Khowaja Khurshid 2006: Utilization of King's Interacting Systems Framework and the Theory of Goal Attainment with New Multidisciplinary Model: Clinical Pathway. In: Australian journal of Advanced Nursing, Vol. 24, No. 2: 44-50
- Kienbaum Jutta, Bettina Schurke (2010): Entwicklungspsychologie des Kindes. Von der Geburt bis zum 12. Lebensjahr. Kohlhammer GmbH; Stuttgart
- Kienbaum Jutta 2010: Emotion und Motivation. In: Kienbaum Jutta, Bettina Schurke (2010): Entwicklungspsychologie des Kindes. Von der Geburt bis zum 12. Lebensjahr. Kohlhammer GmbH; Stuttgart: 206-243
- Killeen Mary B., Imogene King 2007: Viewpoint: Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing Classification Systems for Global Communication. In: International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, Vol. 18, No. 2, April-June: 51-57
- Kilpinen Erkki o.Jahr: George Herbert Mead as an empirical responsible Philosopher. The Philosophy of the Act Reconsidered, unveröffentlichtes Manuskript, www.helsinki.fi/pierce/MC/papers/Kilpinen-Mead.pdf, Zugriffen am: 20/10/2011
- Kim Hesook Suzie, Björn Sjöström 2006: Pragmatism, Nursing, and Nursing Knowledge. In: Kim Hesook Suzie, Ingrid Kollack (eds.): Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations, Springer Publishing Company, New York: 184 – 201
- Kimball Bobbi, David Cherner, Jennifer Joynt, Edward O'Neil 2007: The Quest for New Innovative Care Delivery Models. In: JONA Vol. 37, No. 9: 392-398
- King, Imogene M. 1968: A conceptual frame of reference for nursing. In: Nursing research, 17 (1): 27 – 31
- King Imogene M. 1971: Toward A Theory For Nursing. General Concepts of Human Behavior. John Wiley and Sons, Inc., New York
- King Imogene M. 1981: A Theory for Nursing. Systems, Concepts, Process. A Wiley Medical Publication, John Wiley & Sons, New York

- King, Imogene M. 1984: Effectiveness of Nursing Care: Use of a Goal Oriented Nursing Record in End Stage Renal Disease. In: American Association of Nephrology Nurse and Technicians Journal, April: 11-17
- King Imogene M. 1986: Curriculum and Instruction in Nursing. Concepts and process, Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Conn.
- King Imogene M. 1988a: Measuring Health Goal Attainment in Patients. In: Waltz, Carolyn F., Ora L. Strickland (eds.): Measurements of Nursing Outcomes. Vol. 1, Measuring Client Outcomes. Springer Publishing Company, New York
- King Imogene M. 1987: Translating Research Into Practice. Journal of Neuroscience Nursing, Vol. 19 (1): 44-48
- King Imogene M. 1988b: Concepts: Essential Elements of Theories: In: Nursing Science Quarterly, Vol. 1 No. 1: 22 – 25
- King Imogene M. 1989a: King's General Systems Framework and Theory. In: Riehl-Sisca Joan (Ed.): Conceptual Models in Nursing Practice. 3rd Edition, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey: 149-158
- King Imogene M. 1989b: Kings's Systems Framework for Nursing Administration. In: Henry Beverly; Clara Arndt; Marie Di Vincenti, Ann Marriner-Tomey (eds.): Dimensions of Nursing Administration. Theory, Research, Education, Practice. Blackwell Scientific Publications, Boston: 35 –45
- King Imogene M. 1990: Health as the Goal for Nursing. In: Nursing Science Quarterly, Vol. 3, No. 3 (Fall): 123 – 128
- King Imogene M. 1995a: A Systems Framework for Nursing. In: Frey Maureen A; Christina L. Sieloff (eds.): Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing. Sage Publications, Thousand Oaks: 14-22
- King Imogene M. 1995b: Die Theorie der Zielerreichung. In: Mischo-Kelling, Maria, Karin Wittneben (Hrsg.): Pflegebildung und Pflegetheorien. Urban & Schwarzenberg, München: 67 – 81
- King Imogene M. 1995c: The Theory of Goal Attainment. In: Frey Maureen A; Christina L. Sieloff (eds.): Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing. Sage Publications, Thousand Oaks: 23-32
- King Imogene M. 1997a: Ein systemischer Bezugsrahmen für die Pflege. In: Schaeffer Doris, Martin Moers, Hilde Steppe, Afaf Meleis (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus der Praxis. Verlag Hans Huber, Bern: 181-195
- King Imogene M. 1997b: Knowledge Development for Nursing: A Process. In: King Imogene M., Jacqueline Fawcett (eds.): The Language of Nursing Theory and Metatheory. Sigma Theta Tau International. Honor Society of Nursing, Center Nursing Publishing, Indianapolis
- King Imogene M. 1997c: Reflections on the Past and a Vision for the Future. In: Nursing Science Quarterly, Vol. 10 (1): 15-17
- King Imogene M. 1999: A Theory of Goal Attainment. Philosophical and Ethical Implications. Nursing Science Quarterly, Vol. 12 (4): 292-296
- King Imogene M. 2001: Imogene M. King: Theory of Goal Attainment. In: Parker Marilyn (ed.): Nursing Theories and Nursing Practice, F.A. Davis Company, Philadelphia: 275 – 286
- King Imogene M. 2006: A Systems Approach in Nursing Administration. Structure, Process, and Outcome. In: Nursing Administration Quarterly, Vol. 30, No. 2: 100-104
- King Imogene M. 2007a: King's Structure, Process and Outcome in the 21st Century. In: Sieloff Leibold Cristina, Maureen Frey (eds.): Middle Range Theory Development. Using King's Conceptual System. Springer Publishing Company; New York: 3-11
- King Imogene M. 2007b: King's Conceptual System, Theory of Goal Attainment and Transaction Process in the 21st Century. In: Nursing Science Quarterly, Vol. 20, No. 2, April: 109-111
- Kirkevoid Marit 1997: Pflegetheorien. Urban & Schwarzenberg, München
- Kirkevoid Marit 2002: Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Verlag Hans Huber 2002
- Klatetzki Thomas, Veronika Tacke (Hrsg.) 2005: Organisation und Profession. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Klatetzki Thomas: Professionelle Arbeit und kollegiale Organisation. Eine symbolisch interpretative Perspektive. In: Klatetzki Thomas, Veronika Tacke (Hrsg.) 2005: Organisation und Profession. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 253 – 283
- Kleining, Gerhard; Moore, Harriett 1959: Das Bild der sozialen Wirklichkeit: Analyse der Struktur und der Bedeutung eines Images. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 11(3): 353-376
- Klement Carmen 2006: Von der Laienarbeit zur Profession? Zum Handeln und Selbstverständnis beruflicher Akteure in der ambulanten Altenpflege. Verlag Barbara Budrich, Opladen
- Kleve Heiko 2006: Systems Theory and Nursing Theories. In: Kim Hesook Suzie, Ingrid Kollak (eds.) Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations. Springer Publishing Company, New York: 109-140

- Kling-Kirchner Claudia 1994: Zur Professionalisierung der Pflege. In: Pflegezeitschrift, Beilage: Berufspolitik, 47. Jg., Heft 10: 2 - 11
- Knoll Martin, Ilka Lendner 2008: "...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!". Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation. In: Pflege 21: 339-351
- Köhle Karl, Hubert Urban, Werner Geist, Hiltrud Bosch 1973: Psychosomatische Medizin in der Klinik. – ein neues Arbeitsgebiet für Schwestern und Pflege. Bericht einer Arbeitsgruppe „Patientenzentrierte Medizin“. In: DKZ 1/73, 26. Jg. 14-21
- Köhle Karl, Claudia Simons, Dieter Böck, Antje Grauhan et al 1980: Angewandte Psychosomatik. Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. – Ein Werkstattbericht. 2. Überarbeitete Auflage. ROCOM, Basel
- Köhle Karl, Angelika Erath-Vogt, Dieter Böck 1983: Das Erstgespräch mit Patienten. Ein Lehrprogramm für die Krankenpflege. ROCOM, Basel
- Köhlen Christina 2011: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche – Aufgaben der Pflege. In: Schaeffer Doris, Klaus Wingenfeld (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München: 311-327
- Köser Silke 2006: Denn eine Diakonisse darf kein Alltagsmensch sein. Kollektive Identitäten Kaiserswerther Diakonissen 1836-1914. Evangelische Verlagsanstalt Leipzig
- Kohlen Helen, Christel Kumbruck 2008: Care(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis. (Literaturstudie. Artec-paper Nr. 151, Januar; ISSN 1613-4907
- Kohn Linda T, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson (eds.) 2000: To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Kollak Ingrid 1999: Selbstsorge. In: Kollak Ingrid, Hessok Suzie Kim (Hrsg.) Pflege theoretische Grundbegriffe. Verlag Hans Huber, Bern: 15-33
- Koloroutis Mary (ed.) 2004: Relationship-Based Care. A Model for Transforming Practice. Creative Health Care Management, Minneapolis, deutsch: Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis. Hans Huber Verlag, Bern 2011
- Koloroutis Mary, Jayne A. Felgen, Colleen Person, Susan Wessel (eds.) 2007: Relationship-Based Care. Visions, Strategies, Tools and Exemplars for Transforming Practice. Creative Health Care Management, Minneapolis
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg 2002: Staff Nurses Identify Essentials of Magnetism. In: McClure Margaret L., Ada Sue Hinshaw (eds.): 2002: Magnet Hospitals Revisited. American Academy of Nursing, Washington D.C.: 25-59
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg 2003: Magnet Hospital Staff Nurses describe Clinical Autonomy. In: Nursing Outlook 51(1): 13-19
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg 2004: Essentials of a Magnetic Work Environment. Part 2, Nursing, Vol. 34 (7): 44-47
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg 2005a: Revising the Essentials of Magnetism Tool. In: JONA, Vol. 35 (4): 188-198
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg 2005b: Best Quality Patient Care: A historical Perspective on Magnet Hospitals. In: Nursing Administration Quarterly, Vol. 29 (3): 275-287
- Kramer Marlene, Patricia Maguire, Claudia E. Schmalenberg 2006: Excellence Through Evidence. The What, When, and Where of Clinical Autonomy. JONA, Vol. 36, No. 10: 479-491
- Kramer Marlene, Patricia Maguire, Claudia Schmalenberg et al. 2007a: Excellence Through Evidence. Structures Enabling Clinical Autonomy. In: JONA, Vol. 37 (1): 41-52
- Kramer Marlene, Patricia Maguire, Claudia Schmalenberg et al 2007b: Nurse Manager Support. What is it? Structures and Practices that Promote it. In: Nursing Administration Quarterly, Vol. 3, (4): 325-340
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg, Patricia Maguire et al. 2008: Structures and Practices Enabling Staff Nurses to Control Their Practice. In: Western Journal of Nursing Research, Vol. 30, No 5: 539-559
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg 2008: The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. In: CriticalCareNurse, Vol. 28, No. 6, Dec.: 58- 71
- Kramer Marlene, Claudia Schmalenberg, Patricia Maguire 2010: Nine Structures and Leadership Practices Essential for a Magnetic (Healthy) Work Environment. In: Nursing Administration Quarterly, Vol. 34, No. 1: 4-17
- Krampe Eva-Maria 2008: Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen. Mabuse-Verlag, Wissenschaft 106

- Krappmann Lothar 2005: Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. 10. Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart
- Kratz Charlotte 1979: The Nursing Process. Baillière Tindall, London
- Kreutzer, Susanne 2005: Vom ‚Liebesdienst‘ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Campus Verlag, Frankfurt
- Kreutzer Susanne 2006: Hierarchien in der Pflege. Zum Verhältnis von Eigenständigkeit und Unterordnung im westdeutschen Pflegealltag. In: Braunschweig Sabine (Hg.): Pflege - Räume, Macht und Alltag. Cronos Verlag Zürich: 203-211
- Kreutzer Susanne 2008: „Before, We Were Always There – Now, Everthing Is Separate? On Nursing Reforms in Western Germany. In: Nursing History Review 16: 180-200
- Kreutzer Susanne 2010: Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 60er Jahren. In: Kreutzer Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. Bis 21. Jahrhundert. Universitätsverlag Osnabrück im V& R Unipress GmbH: 109-130
- Krey Hiltrud 2003: Ekel ist okay. Ein Lern- und Lehrbuch zum Umgang mit Emotionen in Pflegeausbildung und Pflegealltag. Brigitte Kunz Verlag, Hannover
- Kristjanson Linda, J., Robyn Tamblyn, Joseph A. Kuypers 1987: A model to guide development and application of multiple nursing theories. In: J. of. Adv. Nurs., Vol. 12: 523-529
- Krohwinkel Monika, Elke Müller 1989: Eine Untersuchung der Pflegepraxis in Akutkrankenhäusern als Grundlage zur Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege am Beispiel von Patienten mit der Diagnose „Schlaganfall“. In: Workgroup of European Nurse Researcgers (WENR): Nursing Research for professional Practice. Pflegeforschung für professionelle Pflegepraxis. 12 th. Workgroup Meeting and international Nursing Research Conference. DBfK, Frankfurt: 158 - 179
- Krohwinkel Monika u.a. 1992: Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Bd. 12, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden
- Krohwinkel Monika et al. 1993: Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege. Bd. 16, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden
- Krohwinkel Monika 1998; Fördernde Prozeßpflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink Jürgen (Hrsg.) 1998: Erster internationaler Pflegetheorienkongress Nürnberg. Verlag Hans Huber, Bern: 134 – 153
- Krohwinkel Monika 2007: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern
- Krüger Helga 1991: Doing Gender – Geschlecht als Statuszuweisung im Berufsbildungssystem. In: Brock Dittmar et al. (Hg.) 1991: Übergänge in den Beruf. Zwischenbilanz zum Forschungsstand. DJI, München: 139-169 [, Brigitte Hunsche, Gertrud Kühnlein, Heinz Meulemann, Karin Scholer]
- Krüger Helga 1997a: ‚Korsettstangen und besetzte Stühle‘ – Wege aus den Sackgassen der Pflege. In: Organisationsgruppe Studentische Fachtagung Bremen (Hrsg.)- PflegekultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1997a: 175-193
- Krüger Helga 1997b: Arbeit und Familie. In: Kahsnitz, D.; Ropohl, G.; Schmid, A. Handbuch zur Arbeitslehre. München / Wien 1997b: 41-57
- Krüger Helga 1999: Personenbezogene Dienstleistungen: Ein expandierender Arbeitsmarkt mit sieben Siegeln. [http://www. Globalcare.de](http://www.Globalcare.de) - Dokumentation
- Krüger Helga 2001: Ungleichheit und Lebenslauf. Wege aus den Sackgassen empirischer Traditionen. In: Heintz Bettina (Hrsg.): Geschlechtersoziologie. KZfSS, Sonderheft 41/2001
- Krüger Helga 2001a: Gesellschaftsanalyse: der Institutionenansatz in der Geschlechterforschung. In: Knapp Gudrun-Axeli, Angelika Wetterer (Hg.): Soziale Verortung der Geschlechter. Gesellschaftstheorie und feministische Kritik. Westfälisches Dampfboot, Münster: 63-90
- Krüger Helga 2001b: Pflegeberufe in der Dienstleistungsgesellschaft. Zwang zur bildungspolitischen Gestaltung. In: Kriesel Petra et al. (Hg.): Pflege lehren – Pflege managen. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main: 21-42
- Krüger Helga 2003: Professionalisierung von Frauenberufen - oder Männer für Frauenberufe interessieren? Das Doppelgesicht des arbeitsmarktlichen Geschlechtersystems. In: Heinz Kathrin; Barbara Thiessen (Hg.): Feministische Forschung – nachhaltige Einsprüche. Opladen: Leske + Budrich 2003: 123 - 143
- Kruse Anna-Paula 1987: Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Berufskunde II. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

- Kruse Anna-Paula 2009: Der Anfang nach dem Ende. Krankenpflegealltag in den Nachkriegsjahren. AT Edition Berlin.
- Küpers Wendelin M. 2011: Embodied Pheno-Pragma-Practice- Phenomenological and Pragmatic Perspectives on Creative "Interpractice" in Organisations between Habits and Improvisation. In: *Phenomenology & Practice*, Vol. 5 (1): 100-139
- Kuhlmei Adelheid, Karin Höppner, Doris Schaeffer 2011: Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. In: Schaeffer Doris, Klaus Wingenfeld (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim und München: 661-679
- Kumbruck Christel, Mechthild Rumpf, Eva Senghaas-Knobloch 2010: Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Lit Verlag Dr. W. Hopf, Berlin
- Kurtenbach Hermann, Günter Golombek, Hedi Siebers 1987: *Krankenpflegegesetz : Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege*. 2. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Laben Joyce K., Larry D. Sneed, Sandra L. Seidel 1995: Goal Attainment in Short-Term Group Psychotherapy Settings: Clinical Implications for Practice, In: Frey Maureen A; Christina L. Sietloff (eds.): *Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing*. Sage Publications, Thousand Oaks: 261-277
- Latimer Margot A, Celeste C. Johnston, Judith A. Ritchie, Sean P. Clarke, Debra Gilin 2009: Factors Affecting Delivery of Evidence-Based Procedural Pain Care in Hospitalized Neonates. *JOGNN*; 38, 182-194.
- Lauer Robert, Linda Bordman (1970/71): Role-Taking: Theory, Typology, and Propositions. In: *Sociology and Social Research*, 55: 137 - 148
- Laurent C.L 2000: A nursing theory for nursing leadership. In: *Journal of Nursing Management*, 8: 83-87
- Leenerts Mary Hobbs, Cynthia S. Tee 2006: Relational conversation as methods for creating partnerships: pilot study. In: *Journal of Advanced Nursing*, 54 (4): 467- 476
- Legewie Heiner, Barbara Schwervier-Legewie 2004: Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß Machen“- Anselm Strauss im Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie [90 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, Art. 22. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04/04-3-22-d.htm> [Zugriff: 09/10/2009]
- Lego Suzanne 1995: The One-to-One Nurse-Patient-Relationship. In: Anderson Carole A (Ed.): *Psychiatric Nursing 1974 to 1994. A Report on the State of the Art*. Mosby-Year Book, Inc. St. Louis: 77 - 90
- LeMone Priscilla 1991: Analysis of a Human Phenomenon: Self-Concept- In: *Nursing Diagnosis*, Vol. 2, No. 3 July/September: 126-130
- Leitner-Botschafter Petra unter Mitarbeit von Dorothea Schüling, Volker Patzer, Volker Volkholz 1973: Schwestern im Krankenhaus. Eine Analyse der beruflichen Situation unter spezieller Berücksichtigung des Problems Schwesternmangel. In: *Themen der Krankenpflege. Fortbildung für medizinische Assistenzberufe*, Jg. 1, Bd1. Urban & Schwarzenberg 1973: 71 - 105
- Leininger Madeleine 2002: Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. In: Leininger, Madeleine; Marilyn R. McFarland (eds.) 2002: *Transcultural Nursing. Concepts, theories, research & practice*. 3rd Edition, McGraw Hill, Medical Publication Division, New York
- Lerner Dieter 2007: Die Expertenorganisation Krankenhaus im Wandel. In: *PrinterNet* 04: 253 – 259
- LeVasseur Jeanne 1999: Toward an Understanding of Art in Nursing. In: *ANS*, Vol. 21, No 4: 48-63
- Lersner von Olga: 1955: Der kranke Mensch als Inhalt und Ziel der Krankenpflege. In: *DSZ*, 8 Jg. Heft 7: 195 – 199
- Lewis Frances M.; Marjorie V. Batey 1982: Clarifying Autonomy and Accountability in Nursing Service: Part 2. In: *JONA*, Vol. 12 (10): 10-15
- Lewis Tom 1988: Leaping the chasm between nursing theory and practice. In: *Journal of Advanced Nursing*, 13 (3): 345-351
- Liaschenko Joan, Anastasia Fisher 1999: Theorizing the Knowledge That Nurses Use in the Conduct of Their Work. In: *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 13, No. 1: 29-41
- Limandri Barbara J. 1986: Research and practice with abused women: use of the Roy adaptation model as an explanatory framework. In: *ANS*, 8 (4): 52 - 61
- Lindeke Linda L., Ann M. Sieckert (2005): Nurse-Physician Workplace Collaboration. In: *Online J. Issues Nurs.* 10 (1), www.medsape.com/viearticle/499268_pnrt: accessed 30/09/2007
- Lindesmith Alfred R., Anselm L. Strauss, Norman K. Denzin (eds.) 1999: *Social Psychology*. 8th Edition, Sage Publications, Thousand Oaks

- Lingard L., R. Reznick, I. De Vito, S. Espin 2002: Forming professional identities on the health care team: discursive construction of the 'other' in the operating room. In: *Medical Education*: 36 (8): 728-734
- Lissner Cordula 2006: Macht und Alltag im Interview. Ein Oral-History Projekt zur Pflegegeschichte. In: Braunschweig Sabine (Hg.): *Pflege – Räume, Macht und Alltag*. Chronos Verlag, Zürich: 193-201
- Lister Philip 1991: Approaching models of nursing from a postmodernist perspective. In: *J. of Adv. Nurs.* 16 (2): 206-212
- Lobschuk Michelle M. 2006: Concept analysis of perspective-taking: meeting informal caregiver needs for communication competence and accurate perception. In: *J of Advanced Nurs.*, 54 (3): 330 – 341
- Locsin Rozzano C. 2005: *Technological Competency as Caring in Nursing*. Sigma Theta Tau International, Indianapolis
- Lomborg Kirsten, Agnes Bjørn, Ronald Dahl, Marit Kirkevold 2005: Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. In: *J. of Adv. Nurs.* 50 (3): 262-271
- Lomborg Kirsten, Marit Kirkevold 2005: Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Scand J Caring Sci.*, 19: 148-156
- Lomborg Kirsten, Marit Kirkevold 2007: Achieving therapeutic clarity in assisted personal body care: professional challenges interactions with severely ill COPD patients. In: *J. of Clinical Nursing* 17 (16): 2155-2164
- Long Debbie, Rowena Forsyth, Rick Iedema, Katherine Carrol 2006: The (im)possibilities of clinical democracy. In: *Health Sociology Review*, 15 (5): 506-519
- Loos Martina (2006): *Symptom: Konflikte. Was interdisziplinäre Konflikte von Krankenpflegern und Ärztinnen von Geschlecht und Profession erzählen*. Wissenschaft 99, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main
- Lorber Judith: *Genderparadoxien*. Leske + Budrich, Opladen
- Lorenz-Krause Regina, Elisabeth Uhländer-Masiak 2003: Das Corbin-Strauss-Pflegemodell in der Pflege chronisch kranker Frauen. In: Lorenz-Krause Regina, Elisabeth Uhländer-Masiak (Hrsg.): *Frauengesundheit. Perspektiven für Pflege- und Gesundheitswissenschaften*. Verlag Hans Huber, Bern: 179-215
- Ludmerer Kenneth M. 1985: *Learning to Heal. The Development of American Medical Education*. The John Hopkins University Press, Baltimore, Maryland
- Lück Helmut 1991: *Geschichte der Psychologie. Strömungen, Schulen, Entwicklungen.*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Lutjens Louette R. Johnson 1991: *Callista Roy: An Adaptation Model*. Sage Publications Newbury Park
- Lynaugh Joan E, Barbara Bush 1996: *American Nursing. From Hospitals to Health Systems*. Blackwell Publishers Inc., Malden, Massachusetts
- Maben Jill, Sue Latter, Jill Macleod Clark 2006: The theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. In: *J. of Adv. Nurs.*, 55 (4): 465-477
- Maben Jill, Sue Latter, Jill Macleod Clark 2007: The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. In: *Nursing Inquiry*, 14 (2): 99-113
- Maccallum E.J. 2002: Othering and psychiatric nursing. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (1): 87-94
- Macdonald Geraldine 2002: Transformative unlearning: safety, discernment and communities of learning. In: *Nursing Inquiry* 9 (3): 170-178
- MacDonald Keith 1995: *The Sociology of the Professions*. Sage Publications, London
- MacIntosh Judith 2003: Reworking Professional Nursing Identity. In: *Western Journal of Nursing Research*, 25 (6): 725-741
- Maleri Rudolf 1997: *Grundlagen der Dienstleistungsproduktion*. 5. Auflage, Springer-Verlag, Berlin
- Malloch Margaret et al. (eds.) 2011: *The SAGE Handbook of Workplace Learning*. Sage Publications, London
- Manias Elizabeth, Annette Street 2001: The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. In: *Int. J. of Nursing Studies*, 38: 129-140
- Manley Kim 1994/2002: Primäre Pflege und Intensivpflege. In: Millar Brian, Burnad Philipp (Hrsg.): *Intensivpflege-High-touch und High-tech. Psychosoziale, ethische und pflegeorganisatorische Aspekte*. Verlag Hans Huber, Bern: 85 – 125
- Manley Kim et al. 2005: *Changing Patients' World through Nursing Practice Expertise: A Research Report*. Royal College of Nursing, London
- Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson 2008: Introduction. In: Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson (eds.) 2008: *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Blackwell Publishing, Oxford: 1-16

- Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson (eds.) 2008: *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Blackwell Publishing, Oxford
- Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson, Debra Thoms: 2008: The Future Contribution of Practice Development in a Changing Healthcare Context. In: Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson (eds.): *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Blackwell Publishing, Oxford: 379 - 395
- Manley Kim, Angie Titchen, Sally Hardy 2009: From Artistry in Practice to expertise in Developing Person-Centered Systems: A clinical Career Framework. In: Hardy Sally, Angie Titchen, Brendan McCormack, Kim Manley (eds.) 2009: *Revealing Nursing Expertise Through Practitioner Inquiry*. Wiley-Blackwell, Oxford: 3 – 30
- Manley Kim, Angie Titchen, Sally Hardy 2009: Work-based learning in the context of contemporary health care education and practice: a concept analysis. In: *Practice Development in Health Care* 8 (2). 87-12.
- Manley Kim, Jackie Crisp, Cheryle Moss 2011: Advancing the practice development outcomes agenda within multiple contexts. In: *International Practice Development and Research.*, 1 (1): 1-16
- Manojlovich Milisa 2010: Nurse/Physician Communication Through a Sensemaking Lens. Shifting the Paradigm to Improve Patient Safety. In: *Medical Care*, Vol. 48 (11): 941-946
- Manthey Marie, Marlene Kramer 1970: A Dialogue on Primary Nursing between Marue Manthe and Marlene Kramer. In: *Nursing Forum* Vol. 9 (4): 356-
- Manthey Marie 1991: Delivery Systems and Practice Models: A Dynamic Balance. In: *Nursing Management*, Vol.22 (1), Jan. 28-30
- Manthey Marie 2002: *The Practice of Primary Nursing. Relationship-based, Resource-Driven Care Delivery*. 2nd Edition. Creative HealthCare Management, Minneapolis, Minnesota
- Manthey Marie 2002: *Primary Nursing – Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Huber, Bern
- Marchese Katherine 2006: Using Peplau's Theory of Interpersonal Relations to Guide The Education of Patients Undergoing Urinary Diversion. In: *Urologic Nursing*, Oct., Vol. 26 (5): 363-371
- Markell Patchen 2007: The Potential and the Actual. Mead, Honneth, and the 'I'. In: Van den Brink Bert, David Owen (eds.): *Recognition and Power: Axel Honneth and the Tradition of Critical Social Theory*. Cambridge University Press, Cambridge/New York: 100-134
- Markowitz Gerald E., David Rosner 1979: Doctors in Crisis: Medical Education and Medical Reform During the Progressive Era, 1895-1915. In: Revery Susan, David Rosner (eds.): *Health Care in America. Essays in Social History*. Temple University Press, Philadelphia: 185-205
- Marriner Tomey, Ann 1998: Nancy Roper, Winifred W. Logan, and Alison J. Tierney: *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model of Living*. In: Marriner Tomey, Ann, Martha Raile Alligood (eds.): *Nursing Theorists and their Work*. Mosby, St. Louis: 320 - 332
- Marriner Tomey Ann 2002: Nancy Roper, Winifred W. Logan, and Alison J. Tierney: *The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model of Living*. In: Marriner Tomey Ann, Martha Raile Alligood (eds.): *Nursing Theorists and their Work*. 5th Edition Mosby, St. Louis: 362-375
- Marriner Tomey Ann 2006: *Nursing Theorists of Historical Significance*, u.a. Nancy Roper, Winifred W. Logan, and Alison J. Tierney:.. In: Marriner Tomey Ann, Martha Raile Alligood (eds.): *Nursing Theorists and their Work*. 6th Edition Mosby, St. Louis: 64-67
- Martin Jack 2005: *Perspectival Selves in Interaction with Others: Re-reading G.H. Mead's Social Psychology*. In: *Journal for the Theory of Social Behaviour* 35 (3): 231-253
- Martin Jack 2006: Reinterpreting Internalization and Agency through G.H. Meads's Perspectival Realism. In: *Human Development*, 49: 65-86
- Martin Jack 2007: Educating Communal Agents: Building on the Perspectivism of G.H. Mead. In: *Educational Theory*, Vol. 17 (4): 435 – 452
- Martin Jack, Bryan W. Sokol, Theo Elfers 2008: Taking and Coordinating Perspectives: From Prereflective Interactivity, through Reflective Intersubjectivity, to Metareflective Sociality. In: *Human Development* 51 (5-6): 297-317
- Martin Jack, Alex Gillespie 2010: A Neo-Median Approach to Human Agency: Relating the Social and the Psychological in the Ontogenesis of Perspective-Coordinating Persons. In: *Integr Psych Behav* 44: 252-272
- Martin Jacqueline S. et al. 2010: Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz – eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung. In: *Pflege*, 23 (3): 191-203
- Martin Luther H., Huck Gutman, Patrick H. Hutton 1988: *Technologies of the Self. A seminar with Michel Foucault*. The University of Massachusetts Press, Amherst

- Mathar Tom 2010: Body-Identity Trajectories of Preventive.Selves++. In: Mathar Tom, Yvonne J.F.M. Jansen (Eds.) 2010: Health Promotion and Prevention Programmes in Practice. How Patients' Health Practices are Rationalised, Reconceptualised and Reorganised. Transcript, Verlag, Bielefeld: 171-194
- Mathews Sue, Sara Lankshear 2005: Describing the Essential Elements of a Professional Practice Structure. In: Nursing Leadership, Vol. 16, No. 2: 63- 71
- Mayer Gloria, Mary Jane Madden, Eunice Lawrenz (eds.) 1990: Patient Care Delivery Models. An Aspen Publication Rockville, Maryland
- McCarthy Doyle E. 1984: Toward a Sociology of the physical world. George Herbert Mead on physical objects. In: Studies in Symbolic Interaction, Vol. 5: 105-121.
- McCarthy Geraldine, Joyce J. Fitzpatrick 2009: Development of a Competency Framework for Nurse Managers in Ireland. In: The Journal of Education in Nursing, Vol. 40 (8): 346-350
- McCaugherty David: 1992: The Roper nursing model as an educational and research tool. In: British Journal of Nursing, Vol. 1, No. 9: 455 – 459
- McClure Margaret L., Murieal A Poulin, NMargaret D. Sovie, Mabel A. Wandelt 2002: Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. (The Original Study) In: McClure Margaret L., Ada Sue Hinshaw (eds.): 2002: Magnet Hospitals Revisited. American Academy of Nursing, Washington D.C.: 1-24
- McCormack Brendan 2003: A conceptual framework for person-centred practice with older people. In: International Journal of Nursing Practice, 9: 202-209
- McCormack Brendan, Kim Manley, Rob Garbett (eds.) 2004: Practice Development in Nursing. Blackwell Publishing, Oxford.
- McCormack Brendan et al 2006: A Realist Synthesis of Evidence Realting to Practice Development: Final Report to NHS Education for Scotland and NHS Quality Improvement Scotland, May 2006; http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/archived/pd_-_evidence_synthesis.aspx; Zugriff: 20.August 2010
- McCormack Brendan, Tanja V. McCane 2006: Development of a framework for person-centred nursing. In: Journal of Advanced Nursing, 56 (5): 472-479
- McCready Jason 2010: Jamesian pragmatism: a framework for working towards unified diversity in nursing development. In: Nursing Philosophy, 11 (3): 191-203
- McFarland Gertrude K., James McCann 1986: Self-Perception - Self-Concept. In: Thompson, June. M. et al. (eds.): Clinical Nursing. The C.V. Mosby Company, St. Louis: 1813 - 1842
- McFarland-Icke Brownwyn Rebekah 1999: Nurses in Nazi Germany. Moral Chocie in History. Princeton University Press, Princeton New Jersey.
- McGrail Kathleen, Diane S. Morse, Theresa Glessner, Kathryn Gardner 2008: „What is Found There“. Qualitative Analysis of Physician-Nurse Collaboratilon Stories. In: J Gen Intern Med 24(2): 198-204
- McKenna Erin 2002: The Need for a Pragmatist feminist Self. In: Seigried Charlene Haddock (ed.): Feminist Interpretations of John DEWEY. The Pennsylvania University Press, Pennsylvania: 133 – 159
- McKenzie Heather, Maureen Boughton, Lillian Hayes, Sue Forsyth 2007: Struggling to Articulate the Value of its Knowledge Base: The Crisis in Contemporary Nursing. In: Morley Ian (ed.): The Value of Knowledge. Inter-Disciplinary Press, Oxford, UK: 15-24
- McLafferty Ella; Alistair Farley 2007: Delirium part two: nursing management. Nursing Standard, Vol. 21, No. 30: 42-46
- McMahon Richard, Alan Pearson (eds.) 1998: Nursing as Therapy. 2nd Edition, Stanley Thornes, Cheltenham, UK
- Mead George H. 1895: A Theory of Emotions from the Physiological Standpoint. In: Psychological Review 2: 162-164. www.brocku.ca/Mead/Project/Mead/pubs/Mead_1895b.html, www.brocku.ca/Mead/Project/pubs/mead_1885B.html runtergeladen am 14.07.2008
- Mead George H. 1899: The Working Hypothesis in Social Reform. In: American Journal of Sociology. www.brocku.ca/Mead/Project/Mead/pubs/Mead_1899b.html, runtergeladen am 28.06.2008
- Mead George H. 1904: "Image or Sensation". In: The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods 1: 604-607; www.brocku.ca/Mead/Project/Mead/pubs/Mead_1904.html, runtergeladen am 07.11.2010
- Mead George H. 1910-11: Philosophie der Erziehung (= PE). Herausgegeben und eingeleitet von Daniel Tröhler und Gert Biesta, Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 2008
- Mead George H. 1913: The Social self, In: Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods 10: 374-380; www.brocku.ca/Mead/Project/Mead/pubs/Mead_1913.html; runtergeladen am 28.06.2008

- Mead George H. 1932/2002: *The Philosophy of the Present*. Great Books in Philosophy. Prometheus Books, Amherst New York = **PP**
- Mead George H. 1934/1967: *Mind, Self, & Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Edited and with an Introduction by Charles W. Morris. The University of Chicago Press, Chicago & London, deutsch: Mead George H. 1973: *Geist, Identität und Gesellschaft*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main = **MSS** oder **GIG**
- Mead George H. 1936/1972: *Movements of the Thought of the Nineteenth Century*. Edited and with an Introduction by Meritt H. Moore, University of Chicago Press, Chicago = **MT**
- Mead George H. 1938/1972: *The Philosophy of the Act*. Edited and with an Introduction by Charles W. Morris. The University of Chicago Press, Chicago = **PA**
- Mead George H. 1964: *Selected Writings*. George Herbert Mead. Edited by Andre J. Reck, University of Chicago Press, Chicago = **SW**
- Mead George H. 1977: *George Herbert Mead on Social Psychology*. Selected papers, edited and with a revised Introduction by Anselm Strauss, The University of Chicago Press, Chicago & London
- Mead George H. 1987: *Gesammelte Aufsätze*. Band 1 und 2, hrsg. von Hans Joas, Suhrkamp TB, Frankfurt am Main; **GA I + GA II**
- Mead George H. **2001a**: *Essays in Social Psychology*. Edited with an introduction by Mary Jo Deegan. Transaction Publishers, New Brunswick, hier vor allem: das Kapitel 1 'the Social Character of Instinct' (unveröffentlichtes Manuskript); das Kap. 2 'Social Psychology as Counterpart to Physiological Psychology' (s. auch GA I: Sozialpsychologie als Gegenstück der physiologischen Psychologie: 199- 209), Kap. 4: 'Emotion as Instinct' (unveröffentlichtes Manuskript), Kap. 9 'The Relation of the Embryological Development to Education' (unveröffentlichtes Manuskript)
- Mead George H. **2001b**: *Play, School, and Society*. Edited and introduced by Mary Jo Deegan, Peter Lang, New York
- Mead George Herbert 2008: *Philosophie der Erziehung*. Herausgegeben und eingeleitet von Daniel Tröhler und Gert Biesta. Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- Meifort Barbara 2002: *Personenbezogene Dienstleistungen im Wandel: Neue Unternehmen- und Wirtschaftsformen – neue berufliche Anforderungen – neue Berufe*. BWP1/2002: 34-35
- Meiwes Relinde 2000: *„Arbeiterinnen des Herrn“*. Katholische Frauenkongregationen im 19. Jahrhundert. Campus Verlag, Frankfurt / New York
- Meiwes Relinde 2008: *Katholische Frauenkongregationen und die Krankenpflege im 19. Jahrhundert*. In: L'Homme, Europäische Zeitschrift für feministischer Geschichtswissenschaft, 19. Jg., Heft 1: 39-60
- Meleis Afaf I.: 1997a: *Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA*. In: Schaeffer Doris, Martin Moers, Hilde Steppe 1997: *Pflegetheorien aus den USA - Relevanz für die deutsche Situation*. In: Schaeffer Doris, Martin Moers, Hilde Steppe, Afaf I. Meleis (Hrsg.) 1997: *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Verlag Hans Huber, Stuttgart: 17 – 37
- Meleis Afaf I.: 1997b: *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 3rd Edition, Lippincott, Philadelphia,
- Meleis Afaf I.: 2007: *Theoretical Nursing. Development & Progress*. 4th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia
- Melosh Barbara 1982: *„The Physician's Hand“*. Work Culture and Conflict in American Nursing. Temple University Press, Philadelphia
- Meleis Afaf I. (eds.) 2010: *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York
- Meltzoff Andrew N. 2007: *The 'like me' framework for recognizing and becoming an intentional agent*. In: *Acta Psychologica* 124 (2007: 26 -43; doi:10.1016/j.actpsy.2006.09.005
- Menzies Isabel E.P 1974: *Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht*. In: *Gruppendynamik*. In: *Forschung und Praxis* 5/3: 183 – 216; Original: *The functioning of social systems as a defence against anxiety*. In: Menzies Isabel Lyth 1992: *Containing anxiety in institutions*. Selected essays, Vol 1. Free Association Books, Reprint, London
- Mercer Ramona T. 2010: *Becoming a Mother versus Maternal Role Attainment*. In: Meleis Afaf I. (ed.): *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York: 94 – 104
- Messmer Patricia 1995: *Implementation of Theory-Based Nursing Practice*. In: Frey Maureen A; Christina L. Sieloff (eds.): *Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing*. Sage Publications, Thousand Oaks: 294-304
- Messmer Patricia 2006: *Professional Model of Care: Using King's Theory of Goal Attainment*. In: *Nursing Science Quarterly*, 19 (3): 227-229

- Metzing-Blau Sabine 2007: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. Huber Verlag, Bern
- Metzing-Blau Sabine, Winfried Schnepf 2008: Young carers in Germany: to live on as normal as possible – a grounded theory study. In: BMC Nursing 7:15; doi: 10.1186/1472-6955/7/15
- Metzing-Blau Sabine, Winfried Schnepf 2008: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. In: Schaeffer Doris, Johann Behrens, Stefan Görres (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Juventa Verlag, Weinheim und München: 105-131
- Mieg Harald 2003: Problematik und Probleme der Professionssoziologie. In: Mieg Harald, Michaela Pfadenhauer (Hg.) 2003: Professionelle Leistung – Professional Performance. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz: 11-46
- Mieg Harald; Michaela Pfadenhauer (Hg.) 2003: Professionelle Leistung – Professional Performance. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz
- Miles Kelly S.; Roberta Vallish 2010: Creating a Personalized Professional Practice Framework for Nursing. In: Nursing Economics, Vol. 28 (3): 171-189
- Miller Audrey 1985: The relationship between nursing theory and nursing Practice. In: J. of Adv. Nurs. Vol. 10: 417-424
- Miller David L. 1973: Self, language, and the world. University of Texas Press, Austin
- Miller David L. 1982: The Individual and the Social Self. Unpublished Work of George Herbert Mead. Edited with an Introduction by David L. Miller. The University of Chicago Press, Chicago & London = **ISS**
- Mintzberg Henry 1994: Managing as Blended Care. In: JONA, Vol. 24 (9): 29-36
- Mischo-Kelling Maria 1985: Das Arbeitsbewußtsein von Krankenschwestern – eine empirische Untersuchung mit qualitativen Methoden. Diplomarbeit, Universität Hamburg, Seminar für Sozialwissenschaften, Hamburg
- Mischo-Kelling Maria 1989: Theoretische Grundlagen der Pflege. In: Mischo-Kelling, Maria, Henning Zeidler (Hrsg.): Innere Medizin und Krankenpflege. Urban & Schwarzenberg, München
- Mischo-Kelling Maria 1994: Grundzüge einer Theorie der Pflege in der Chirurgie. In: Karavias Theophanis, Maria Mischo-Kelling (Hrsg.): Chirurgie und Pflege. Schattauer, Stuttgart:
- Mischo-Kelling Maria, Karin Wittneben (Hg.) 1995: Pflegebildung und Pflege-theorien. Urban & Schwarzenberg, München
- Mischo-Kelling Maria 1995a: Diskussion der pflege-theoretischen Ansätze, 3.1-3.4. In: Mischo-Kelling Maria, Karin Wittneben (Hg.) 1995: Pflegebildung und Pflege-theorien. Urban & Schwarzenberg, München: 165-194, 196-203
- Mischo-Kelling Maria 1995b: Zur Situation der Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege in Deutschland, Teil 4.1 Zur Ausbildung in der Pflege. In: Mischo-Kelling Maria, Karin Wittneben (Hg.) 1995: Pflegebildung und Pflege-theorien. Urban & Schwarzenberg, München: 207-251
- Mischo-Kelling Maria 1996: Artikulation und Kommunikation im Prozess der Versorgung. In: Mischo-Kelling Maria, Henning Zeidler (Hrsg.): Krankheitslehre und Pflege. Innerer Medizin. 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München: 635-648
- Mischo-Kelling Maria 1997: Pflege – eine personenbezogene Dienstleistung im Spannungsfeld von Kundenorientierung und Wettbewerb. In: Frauenbüro der Johannes Gutenberg Universität Mainz: Ringvorlesungen zu Themen der Frauenforschung, Band 7: 90-113
- Mischo-Kelling Maria 2001a: Chirurgie und Pflege - Grundzüge einer Theorie des pflegerischen Handelns. In: Karavias Theophanis, Maria Mischo-Kelling (Hrsg.): Chirurgie und Pflege. 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart: 3-49
- Mischo-Kelling Maria 2001b: Körper und Körperbild in der Pflege. In: Karavias Theophanis, Maria Mischo-Kelling (Hrsg.): Chirurgie und Pflege. 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart: 499-525
- Mischo-Kelling Maria 2002: Zur Artikulation der pflegerischen und medizinischen Arbeit im Krankenhaus. In: Döhner Hanneli, Alf. Trojan (Hrsg.): Gesellschaft, Gesundheit, Medizin. Erkundungen, Analysen und Ergebnisse. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main: 397-410
- Mischo-Kelling Maria 2003: Pflegewissenschaft I: Pflegeprozess – System aufeinander bezogener Handlungen. Studienbrief Hamburger Fern-Hochschule, Hamburg
- Mischo-Kelling Maria; Petra Schütz-Pazzini (Hrsg.) 2007: Primäre Pflege in Theorie und Praxis: Herausforderungen und Chancen, Huber, Bern.
- Mischo-Kelling Maria 2007a: Pflege und Pflegeorganisationen in amerikanischen und deutschen Krankenhäusern; In: Mischo-Kelling Maria; Petra Schütz-Pazzini (Hrsg.): Primäre Pflege in Theorie und Praxis: Herausforderungen und Chancen, Huber, Bern: 21-79

- Mischo-Kelling Maria 2007b: Beruf und Profession im Kontext bürokratischer Expertenorganisationen. In: Mischo-Kelling Maria, Petra Schütz-Pazzini (Hrsg.): Primäre Pflege in Theorie und Praxis: Herausforderungen und Chancen, Huber, Bern:81-129
- Mischo-Kelling Maria 2007c: Die Primäre Pflege als wichtiger Bestandteil zukunftsfähiger Praxismodelle; In: Mischo-Kelling Maria; Petra Schütz-Pazzini (Hrsg.): Primäre Pflege in Theorie und Praxis: Herausforderungen und Chancen, Huber, Bern. 153-190
- Mischo-Kelling Maria 2009: Konzept für die Etablierung einer Forschungsabteilung an der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Bozen, unveröffentlichtes Papier, Bozen Mai
- Mitchell Jeff 2000: Living a Lie: Self-Deception, Habit, and Social Role. *Human Studies* 23: 145-156
- Moers Martin, Doris Schaeffer Hilde Steppe 1997: Pflege-theorien aus den USA - Relevanz für die deutsche Situation. In: Schaeffer Doris, Martin Moers, Hilde Steppe, Afaf Meleis al. (Hrsg.) 1997: Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. Verlag Hans Huber, Stuttgart: 281 – 295
- Moers Martin 2000: Pflegewissenschaft: Nur Begleitwissenschaft oder auch Grundlage des Berufes? In: *PfleGe*, 5. Jg. (1): 21 - 25
- Moers Martin, Doris Schaeffer 2006: Pflege-theorien heute: Wie können sie die Praxisentwicklung fördern? In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 45. Jg. Heft 12: 1050 – 1053
- Moers Martin, Doris Schaeffer 2007: Pflege-theorien heute: Wie können sie die Praxisentwicklung fördern? In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 46. Jg. Heft 1: 70 – 73
- Moers Martin, Doris Schaeffer 2011: Pflege-theorien. In: Schaeffer Doris, Wingenfeld Klaus (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim und München: 37 - 66
- Monaghan Heather M.; Diana L. Swihart 2010: Clinical Nurse Leader: Transforming Practice, Transforming Care. A model for the clinician at the point of care. Visioning HealthCare Inc. Sarasota, FL., www.visioninghealthcare.com
- Moreno María Elisa, María Mercedes Durán, Ángela Hernandez 2009: Nursing Care for Adaptation. In: *Nursing Sciejce Quarterly*, Vol. 22 (1): 67-73
- Morjikian Robin, Bobbi Kimball, Jennifer Joynt 2007: The Nurse Executive's Role in Implementing New Care Delivery Models. In: *JONA* Vol. 37, No. 9: 399-404
- Morse Janice M. et al. 1990: Concepts of caring and caring as concept. In: *Advances in Nursing Science*, Vol13 (19): 1-14
- Morse Janice M.; Joy L. Johnson (ed.) 1991: *The Illness Experience. Dimensions of Suffering*, Sage Publications, Newbury Park - London - New Delhi
- Moyle Wendy 2003: Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. In: *International Journal of Mental Health Nursing* 12: 103-109
- Mühlen Achs Gitta (2006): Identität und Körperbild: Bedeutung und Einfluss der Kategorie Geschlecht. In: Stier Bernard; Nikolaus Weissenrieder (Hrsg.): *Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg: 21-25.
- Müller Elke 1996: Die Geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung. In: Bartholomeycek Sabine; Elke Müller (Hg.): *Pflegeforschung verstehen*. Urban & Schwarzenberg, München: 2-28
- Müller Elke 2001a: Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag ihrer Präzisierung. Verlag Hans Huber, Bern
- Müller Elke 2001b: Grundpflege und Behandlungspflege. Altlasten einer theoriefernen Pflegedidaktik. In *Pflegemagazin* 2, 6: 4-17
- Müller, Ursula 1993: Sexualität, Organisation und Kontrolle. In: Aulenbacher, Brigitte, Monika Goldmann (Hg.): *Transformationen im Geschlechterverhältnis*. Campus Verlag, Frankfurt am Main: 97 - 114
- Müller, Ursula 2000: Asymmetrische Geschlechterkultur in Organisationen und Frauenförderung als Prozeß – mit Beispielen aus Betrieben und der Universität. In: Lenz, Ilse, Hildegard Maria Nickel, Birgit Riegraf (Hrsg.): *Geschlecht – Arbeit – Zukunft*. Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster: 126 – 148
- Müller-Mundt Gabriele 2011: Patientenedukation als Aufgabe der Pflege. In: In: Schaeffer Doris, Klaus Wingenfeld (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa Verlag, Weinheim und München: 705-726
- Mummendey Hans Dieter 2006: *Psychologie des Selbst. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*, Hogrefe, Göttingen
- Munding Mary O'Neill 1980: *Autonomy in Nursing*. An Aspen Publication, Germantown, Maryland
- Murphy Kathy et al. 2000: The Roper, Logan and Tierney (1996) Model: perceptions and operationalization of the model in psychiatric nursing within a Health Board in Ireland. In: *Journal of Advanced Nursing*, 31 (6): 1333-1341

- National Advisory Council On Nurse Education And Practice (NACNEP) 2008: Sixth Annual Report Meeting the Challenges of the New Millennium Sixth Report to the Secretary of Health and Human Services and the Congress, January, <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/bhpradvisory/nacnep/Reports/sixthreport.pdf>
Zugriff: Februar 2009
- Nagel Ludwig 1998: Pragmatismus. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
- Napiwotzky Anne-Dorothea 1998: Selbstbewusst verantwortlich pflegen. Ein Weg zur Professionalisierung mütterlicher Kompetenzen. Verlag Hans Huber, Bern
- Nargorski Johnson Amy 2008: Engaging Fathers in the NICU. Taking Down the Barriers to the Naby. In: J. Perinat Neonat Nurs., Vol. 22 (4): 302-306
- Nave-Herz, Rosemarie 2006: Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. 2. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Needleman Jack et al. 2002: Nurse-Staffing Levels And The Quality Of Care In Hospitals. In: N Engl J Med, Vol. 346, No. 22: 1715 – 1722
- Nelson, Sioban 2001: Say Little, Do Much. Nursing, Nuns, and Hospitals in the Nineteenth Century. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
- Neuweg Georg Hans 1998: Könnerschaft und implizites Wissen. Zur Lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie Michael Polanyis. Waxmann Münster
- Newell Robert 1991: Body-Image disturbance: cognitive behavioural formulation an intervention. In: J. of Adv. Nurs. Vol 16, No. 12: 1400-1405
- Newell Robert 2000: Body Image and Disfigurement Care. Routledge, London and New York.
- Newmann Margaret A., Masrilyn Sime, Sheila A. Corcoran-Perry 1991: The focus of the discipline of nursing. In: ANS 14 (1): 1-6
- Newton Charleen 1997: Pflege nach ROPER, LOGAN, TIERNEY. Lambertus, Freiburg (Newton Charleen 1991: The Roper-Logan-Tierney Model in Action. Mac Millan Press LTD, Houndsmills, Basingstoke, Hampshire and London)
- Nolan Mike, Janet Nolan 1995: Responding to the challenge of chronic illness. In: British Journal of Nursing, Vol. 4 (3): 145 – 147
- Nolte Karen 2006: Vom Umgang mit Tod und Sterben in der klinischen und häuslichen Krankenpflege des 19. Jahrhunderts. In: Braunschweig Sabine (Hg.): Pflege – Räume, Macht und Alltag. Chronis Verlag, Zürich: 165-174
- Nolte Karen 2008: “Telling the Painful Truth” – Nurses and Physicians in the Nineteenth Century. In: Nursing History Review, 16: 115-134
- Nolte Karen 2009a: Dying at home: nursing of the critically and terminal ill in private care in Germany around 1900. In: Nursing Inquiry, 16 (2): 144-154
- Nolte Karen 2009b: Eine “heilige Schar einheimischer Missionarinnen” – Diakonissen in der Gemeindepflege im 19. Jahrhundert. In: Thiekötter Andrea et al. (Hrsg.): Alltag in der Pflege – Wie machten sich Pflegendе bemerkbar? Beiträge des 8. Internationalen Kongresses zur Geschichte der Pflege 2008. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main: 139 – 160
- Nolte Karen 2010: Pflege von Sterbenden im 19. Jahrhundert. Eine ethikgeschichtliche Annäherung. In: Kreutzer Susanne (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. Bis 21. Jahrhundert. V & Runipress, Universitätsverlag Osnabrück: 87 - 107
- Noordegraaf Mirko 2007: Professional Management of Professionals. Hybrid Organizations and Professional Management in Care and Welfare. In: Duyvendak Jan Willem, Trudie Knijn, Monique Kremer (eds.): Policy, people, and the new professionalisation and re-professionalisation in care and welfare. Amsterdam University Press: 181- 193
- Nordal Dorothy, Alice Sato 1980: Peplau’s Model Applied to Primary Nursing in a Clinical Practice. In: Riehl-Sisca Joan P., Callista Roy: Conceptual Models for Nursing Practice. 2nd Edition, Appleton-Century-Crofts/Norwalk, Ct.: 60 – 73
- Norris Diane M., Paulette J. Hoyer 1993: Dynamism in Practice: Parenting Within King’s Framework. In: Nursing Science Quarterly, Vol. 6, No-2 (Summer): 79 – 85
- Nyström Maria 2007: A patient-centered perspective in existential issues: a theoretical argument for applying Peplau’s interpersonal relation model in healthcare science and practice. In: Scand J Caring Sci, Vol.21.: 282-288
- O’Connor M.; Fiona Timmins; 2002: Using the Roper, Logan and Tierney model in a neonatal ICU. In: Professional Nurse, Vol. 17 (9): 527-30

- OECD 2010: Health at a Glance: Europe 2010, 1. Dec 2010, DOI: 10.1787/health-glance-10-en, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2010_health_glance-2010-en, zugegriffen, 15. Nov. 2011
- Oelkers Jürgen (ohne Jahr a): Nohl, Durkheim, and Mead: Three Different Types of "History of Education". http://paed-services.uzh.ch/user_downloads/309/Meadtranslationfirst.pdf, zugegriffen am 20.10.2011
- Oelkers Jürgen (ohne Jahr b): Some historical Notes on George Herbert Mead's Theory of Education. http://paed-services.uzh.ch/user_downloads/309/Meadtranslationfirst.pdf, zugegriffen am 20.10.2011
- Oehmen Stefan 1999: Pflegebeziehungen gestalten. Über den Umgang mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen im häuslichen Umfeld. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Öhlén Joakim, Kerstin Segesten 1998: The professional identity of the nurse: concept analysis and development. In: Journal of Advanced Nursing, 28 (4): 720-727
- Oeseburg Barth, Tineke A. Abma 2006: Care as mutual endeavour: Experiences of a multiple sclerosis patient and her healthcare professionals. In: Medicine, Health Care and Philosophy, 9 (3): 349-357
- Oertzen von Christine 2000: Fräulein auf Lebenszeit? Gesellschaft, Berufung und Weiblichkeit im 20. Jahrhundert. In: WerkstattGeschichte 27: 5-28
- Oevermann Ulrich 1996: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe Arno, Werner Helpser: Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main
- Oevermann Ulrich 2004: Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung. In: Geulen Dieter, Hermann Veith (Hrsg.): Sozialisationstheorie interdisziplinär. Lucius & Lucius, Stuttgart: 155 - 181.
- Oevermann Ulrich 2008: "Krise und Routine" als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften. (Abschiedsvorlesung), Institut für Hermeneutische Sozial- und Kulturforschung e.V., Manuskript, Uni Frankfurt, 28. April 2008
- Olbrich Christa 1999: Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber, Bern
- Olbrich Christa 2009: Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik. In: Olbrich Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. Urban & Fischer, München: 63-85
- Olthuis Gert, Carlo Leget, Wim Dekkers 2007: Why Hospice Nurses Need High Self-Esteem. In: Nursing Ethics, 14 (1): 62 - 71
- O'Neill John 1990: Die fünf Körper. Medikalisierte Gesellschaft und Vergesellschaftung des Leibes. Wilhelm Fink Verlag, München
- Orchard Carole 2010: Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaboration. In: Journal of Nursing Management, 18 (3): 248-257
- Orem Dorothea E. 1991: Nursing Concepts of Practice. 4th Edition, Mosby-Year Book, St. Louis, Baltimore
- Orem Dorothea E. 1995: Nursing Concepts of Practice. 5th Edition, Mosby, St. Louis; deutsch 1997: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Berlin / Wiesbaden
- Orem Dorothea E. 2001: Nursing. Concepts of Practice. 6th Edition. Mosby-Year-Book Inc. St. Louis
- Orlando Ida Jean 1996: Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Verlag Hans Huber, Bern
- O'Rourke Maria Williams 2006: Beyond Rhetoric to Role Accountability. A Practical and professional Model of Practice. In: Nurse Leader, June: 28-44
- O'Rourke Maria Williams 2007: Role-Based Nurse Managers: A Linchpin to Practice Excellence. In: Nurse Leader, August: 44-53
- Ostner Ilona, Elisabeth Beck-Gernsheim 1979: Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Campus, Frankfurt am Main
- Ostner Ilona, Almut Krutwa-Schott 1981: Krankenpflege – ein Frauenberuf? Campus, Frankfurt am Main
- O'Toole Anita W., Sheila R. Welt (eds.) 1989: Interpersonal Theory in Nursing Practice. Selected Work of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company, New York (deutsch 1997: Ausgewählte Werke, Huber Verlag, Stuttgart/Bern erschienen)
- Overlander Gabriele 1994: Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main
- Page Michael 1995: Tailoring nursing models to clients needs. Using the Roper, Logan and Tierney model after discharge. In: Professional Nurse, Febr: 284 – 288
- Page Ann (ed.) 2004: Keeping Patients Safe. Transforming the Work Environment. The National Academies Express, Washington, D.C.
- Parker Marilyn 2001: Nursing Theories and Nursing Practice. F.A. Davis Company, Philadelphia

- Parsons Talcott 1951: *The Social System*. The Free Press, New York, 4th Printing 1968
- Paterson Barbara 2004: The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1): 21 – 26.
- Patton D. 2004: An analysis of Roy's Adaptation Model of Nursing as used within acute psychiatric nursing. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11: 221-228
- Peate Ian 2006: *Becoming a Nurse in the 21st Century*. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, West Sussex
- Pearson Alan (ed.) 1988: *Primary Nursing*. Nursing in the Burford and Oxford Nursing Development Units. CROOM HELM, London
- Pearson Alan, Barbara Vaughan 1986: The Activities of Living Model for Nursing. In: Pearson Alan, Barbara Vaughan: *Nursing Models for Practice*. Heineman Nursing, London: 53-68
- Pearson Alan, Barbara Vaughan 2000: The Activities of Living Model for Nursing. In: Pearson Alan, Barbara Vaughan: *Nursing Models for Practice*. 2nd Edition Palgrave, Houndsmill, Basingstoke, Hampshire: 45-61
- Pearson Alan 2007a: Dead poets, nursing theorists and contemporary practice (1), Editorial. In: *International Journal of Nursing Practice*, 13: 267
- Pearson Alan 2007b: Dead poets, nursing theorists and contemporary practice (2), Editorial. In: *International Journal of Nursing Practice*, 13: 321-323
- Pearson Alan 2008a: Dead poets, nursing theorists and contemporary practice (3), Editorial. In: *International Journal of Nursing Practice*, 14: 1-2
- Pearson Alan 2008b: Dead poets, nursing theorists and contemporary practice (4), Editorial. In: *International Journal of Nursing Practice*, 14: 79 – 80
- Peplau Hildegard E. 1952/1988: *Interpersonal Relations in Nursing*. Foreword by Trevor Clay. Neuauflage 1988 Macmillan Education Ltd., Houndsmill, Basingstoke
- Peplau Hildegard 1954: *Interpersonal Relationships in Psychiatric Nursing*. In: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice*. Selected Work of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company, New York: 5 - 20 (dieser Aufsatz wurde ein weiteres Mal in dem ebenfalls im Huber Verlag 1997 veröffentlichten Buch von Schaefer/Moers/Steppe/Meleis „Pflegetheorien - Beispiele aus den USA“ abgedruckt)
- Peplau Hildegard E. 1963: *Process and Concept of Learning*. Reprinted from Burd, S.; M. Marshall (eds). *Some clinical approaches to psychiatric nursing*. Abdruck in: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice*. Selected Works of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company, New York: 348 - 352
- Peplau Hildegard E. 1965: *Interpersonal Relationships: The Purpose and Characteristics of Professional Nursing*. Vortrag, erneut abgedruckt in: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice*. Selected Works of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company, New York: 42 - 55
- Peplau Hildegard E. 1969a: *Theory: The Professional Dimension*. Vortrag auf The First Nursing Theory Conference (pp 33-46), University of Kansas Medical Center, Department of Nursing Education, March 20-21; erneut abgedruckt in: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice*. Selected Works of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company, New York: 28 – 30
- Peplau Hildegard E. 1969a: *Professional Closeness ... as a special kind of involvement with a patient, client, or family group*. In: *Nursing forum*, Vol. 8, No. 4: 343 – 359; erneut abgedruckt in: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice*. Selected Works of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company, New York: 230 – 243
- Peplau Hildegard E. 1978: *Psychiatric Nursing: Role of Nurses and Psychiatric Nurses*. Reprinted from *International Nursing Review*, erneut abgedruckt in: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice*. Selected Works of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company, New York: 120 - 133
- Peplau Hildegard E. 1979: *Concept of Self-Systems and Related Problems*. In: Field William E. Jr. (Ed.) *The Psychotherapy of Hildegard E. Peplau*. New Bransfels, TX: PSF Productions: 32- 37 sowie in dem selben Buch *Personal Development: Infancy* (S. 67-72; *Personality Development: Childhood*: 73-79
- Peplau Hildegard E. 1982: *Historical Development of Psychiatric Nursing: A preliminary Statement of some Facts and Trends*. Paper held by the National League for Nursing at Williamsburg, Virginia, Nov. 1956, abgedruckt in: Smoyak Shirley A., Sheila Rouslin (eds.): *A Collection of Classics in Psychiatric Nursing Literature*. Charles B. Slack Inc., Thorofare NJ.: 10 – 46
- Peplau Hildegard E. 1983: *An Explanatory Theory of the Process of Focal Attention*. Schlesinger Library, Radcliffe College, Cambridge, Ma, No. 84-M107, Holdegasrd Peplau Archives, cartoon, 32, volume 1163, © 1986 by Schlesinger Library. Adaptated and edited with permissions, erneut abgedruckt in: O'Toole Anita

- W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice. Selected Works of Hildegard E. Peplau*. Springer Publishing Company, New York: 338-347
- Peplau Hildegard E. 1985: *Pattern Interactions*. Vortrag, erneut abgedruckt in: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice. Selected Works of Hildegard E. Peplau*. Springer Publishing Company, New York: 108 - 119
- Peplau Hildegard E 1987: *Nursing Science: A Historical Perspective*. In: Parse Rizzo Rosemarie: *Nursing Science. Major Paradigms, Theories, and Critiques*. W.B. Saunders Company, Philadelphia: 13-29
- Peplau Hildegard E. 1987a: *Interpersonal Constructs for Nursing Practice*. Reprinted from *Nurse Education Today*. In: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice. Selected Work of Hildegard E. Peplau*. Springer Publishing Company, New York: 56 – 70
- Peplau Hildegard E 1987b: *Nursing Science: A Historical Perspective*. In: Parse Rizzo Rosemarie: *Nursing Science. Major Paradigms, Theories, and Critiques*. W.B. Saunders Company, Philadelphia: 13-29
- Peplau Hildegard E. 1988: *The Art and Science of Nursing: Similarities, Differences, and Relations*. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 1 (No.1): 8 - 15)
- Peplau Hildegard E. 1989: *Theoretical Constructs: Anxiety, Self, and Hallucinations*. In: O'Toole Anita W.; Sheila R. Welt (eds.) 1989: *Interpersonal Theory in Nursing Practice. Selected Work of Hildegard E. Peplau*. Springer Publishing Company, New York: 270 – 326
- Peplau Hildegard E. 1992a: *Notes on Nightingale*. In: *Nightingale Florence: Notes on Nursing: What it is, and what it is not (Commemorative Edition)*. J.B. Lippincott, Philadelphia: 48-57
- Peplau Hildegard E. 1992b: *Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice*. In: *Nursing Science Quarterly*, 5(1) Spring: 13 - 18
- Peplau Hildegard E. 1995: *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Recom Verlag Basel/Eberswalde. Die Übersetzung basiert auf der Originalfassung des 1952 erschienen Buches *Interpersonal Relations in Nursing*, erschienen bei Macmillan Education Ltd, Houndsmill, Basingstoke
- Peplau, Hildegard E. 1996: *Theory of Interpersonal Relations and Nurse-Patient Relationships*. Paper prepared for and presented at the First European Nursing Theory Conference in Scandinavia, Malmö, Sweden, 30 May; 1997 veröffentlicht unter dem Titel 'Peplau's Theory of Interpersonal Relations'. In: *Nursing Science Quarterly* 10 (4): 162 - 167
- Peplau, Hildegard 1999/1969: *Nurse-Doctor Relationships. A Glance Back in Time*. In: *Nursing Forum*, Vol. 34 (3), July-September: 31 – 36; zuerst veröffentlicht 1966 in der gleichen Zeitschrift
- Perrett Stephanie E. 2007: *Review of Roy Adptation Model-Based Qualitative Research*. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 20, No. 4, Oct: 349-356
- Phelps Andreas, Madhu Reddy 2009: *The Influence of Boundary Objects on Group Collaboration in Construction Project Teams*. In: CROUP'09, May 10-13, AMC 978-1-60558-500-0/09/05...\$5.00
- Phillipchuk Debbie 2006: *The Time has Come. Describing and Shaping RN Practice*. www.nurse.ab.ca
- Phillips Kenneth D. 2006: *Sister Callista Roy: Adaptation Model*. In: Marriner-Tomey Ann, Martha Raile Alligood: *Nursing Theorists and their Work*. Mosby, St. Louis.: 355- 385
- Piechotta Gudrun 2000: *Weiblich oder kompetent?. Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung*. Verlag Hans Huber, Bern
- Pinding Maria (Hrsg.) 1972: *Krankenpflege in unserer Gesellschaft. Aspekte aus Praxis und Forschung*. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
- Pinding Maria, Jutta Thomae, Berndt Kirchlechner 1972: *Krankenschwestern in der Ausbildung. Eine empirische Untersuchung*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Pinding Maria, Jörg Münstermann, Berndt Kirchlechner 1975: *Berufssituation und Mobilität in der Krankenpflege. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Pfadenhauer Michaela 2003: *Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz*. Leske + Budrich, Opladen 2003
- Pfadenhauer Michaela 2005: *Professionelles Handeln*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Plieninger Maria 1952: *Unterordnung - Zusammenarbeit - Selbstverantwortung in der Schwesternerziehung*. In: *DSZ*, 5. Jg.: 60 – 61
- Pohlmann Shawn 2009: *Fathering Premature Infants and the Technological Imperative of the Neonatal Intensive Care Unit. An interpretive Inquiry*. In: *Advances in Nursing Science*, Vol. 32 (3): E1-E16

- Pongratz Hans J. 2005: Interaktionsstrukturen von Dienstleistungsbeziehungen. Machtanalytische Differenzierungen zum Thema ‚Kundenorientierung. In: Jacobsen Heike, Stephan Vosswinkel (Hrsg.): Der Kunde in der Dienstleistungsbeziehung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 57-80.
- Pons 2003: Englisch-Deutsch, Deutsch-Englisch. Großwörterbuch, Vollständige Neuentwicklung. Ernst Klett Sprachen GmbH Stuttgart, 1. Auflage 2002. Nachdruck 2003
- Poster Elisabeth 2008: Striving for Above-the-Line Accountability. Editorial. In: JCAPN Vol. 21 (4): 193-194
- Powers Penny 1999: Bedürfnis / Bedarf. In: Kollak, Ingrid, Hessok Suzie Kim (Hrsg): Pflge theoretische Grundbegriffe. Verlag Hans Huber, Bern: 35 - 54
- Powers Penny 2006: The Concept of Need in Nursing Theory. In: Kim Hessok Suzie, Ingrid Kollak (eds.) 2006: Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations. Springer Publishing Company, New York: 71 - 88
- Pracht Gerlind, UllrichBauer 2009: Burnout im Klinikalltag. Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit. In: Pflege & Gesellschaft 14. Jg., (1): 67-85
- Price Bob 1990: Body Image. Nursing concepts and care. Prentice Hall, New York
- Price Bob 1998: Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 5: 179 - 186
- Price Sheri L. 2009: Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and carrier choice in nursing. In: Journal of Advanced Nursing, 65(19): 11-19
- Purkis Mary E., Kristin Bjornsdottir 2006: Intelligent Nursing: Accounting for knowledge as action in practice. In Nursing Philosophy, 7: 247-256
- Purtilo R. 1999: Meaningful Distances. In: Walmsley Jan, Jill Reynolds, Pam Shakespeare, Ray Woolfe (eds.): Health, Welfare & Practice. Sage Publications, London: 47-51
- Rabe-Kleberg Ursula 1993: Verantwortlichkeit und Macht. Ein Beitrag zum Verhältnis von Geschlecht und Beruf angesichts der Krise traditioneller Frauenberufe. Kleine Verlag, Bielefeld
- Rabe-Kleberg Ursula 1996: Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder, was ist ‚semi‘ an traditionellen Frauenberufe. In: Combe Arno, Werner Helpser: Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main: 276-302
- Raeithel Gert 1988: Geschichte der Nordamerikanischen Kultur. Band 2, Vom Bürgerkrieg bis zum New Deal, 1860-1930, Quadria Verlag, Weinheim und Berlin
- Rafferty Anne Marie et al. 2007: Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: International Journal of Nursing Studies 44 (2007): 175-182
- Råhom Maj-Britt 2010: Abductive reasoning and the formation of scientific knowledge within nursing research. In: Nursing Philosophy, 11 (4): 260-270
- Ramsden, Jeanette 1997: Objective analysis of a critical incident. In: Nursing Times, Aug. 20, Vol. 93, No. 34: 43-45
- Rastetter Daniela 1994: Sexualität und Herrschaft in Organisationen. Eine geschlechtervergleichende Analyse. Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen
- Rauner Felix 2006: Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. Vortrag zur Veranstaltung des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ), „Norddeutsche Handreichung zum KrPflG“ am 21.02.2006, Hamburg; ITB Universität Bremen, Manuskript
- Rauner Felix 2007: Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. In: Europäische Zeitschrift für Berufsbildung, Nr. 40, 2007/1: 57-72
- Raven Uwe 2007: Zur Entwicklung eines ‚professional point of view‘ in der Pflege. Auf dem Weg zu einer strukturalen Theorie pflegerischen Handelns. In: PrInterNet, Pflegewissenschaft 03/07: 196 - 209
- Raven Uwe 2009a: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln? Bestimmungsgründe einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung. Teil I. In: PrInterNet, Pflegewissenschaft 03/09: 140 - 150
- Raven Uwe 2009b: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln? Bestimmungsgründe einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung. Teil II. In: PrInterNet, Pflegewissenschaft 04/09: 209 - 220
- Reed Pamela 1995: A treatise on nursing knowledge development fort he 21st cebtury: Beyond postmodernism. IN: ANS, Vol. 17 (3): 70 - 84

- Reed Pamela 1996: Transforming Practice Knowledge into Nursing– A Revisionist Analysis of Peplau. In: *Image: Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 28 (1): 29-33
- Reed Pamela 1996: Peplau's Interpersonal Relations Model. In: Fitzpatrick Joyce J., Ann L. Whall (eds.): *Conceptual Models of Nursing. Analysis and Application*. 3rd. Edition, Appleton & Lange, Stamford, Connecticut
- Reed Pamela 2006: The Practice Turn in Nursing Epistemology. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19 (1): 36-38
- Reed Pamela 2008: Practitioner as Theorist. A Reprise. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 21 (4): 315-321
- Reed Pamela, Lisa A. Lawrence 2008: A paradigm for the production of practice-based knowledge. In: *Journal of Nursing Management*, Vol. 16: 422-432
- Reeves Scott, et al 2009: Interprofessional interaction, negotiation an non-negotiatipon on general internal wards. In: *Journal of Interprofessional Care*, 23 (6): 633-645
- Reeves Scott, Simon Lewin, Sherry Espin, Merrick Zwarenstein 2010: *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care*. Wiley-Blackwell, Oxford
- Reibe Frank et al. 1999: Organisation auf Krankenstationen: Zur Schnittstellenproblematik zwischen pflegerischem und ärztlichem Sektor. In: *Gesundh.ökon.Qual.manag.* 4:150-157
- Remmers Hartmut 2000: *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Verlag Hans Huber, Stuttgart
- Rennen-Allhoff Beate, Doris Schaeffer (Hrsg.) 2003: *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa, München
- Reuter Julia 2002: *Ordnungen des Anderen. Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden*. Transcript, Bielefeld
- Reverby Susan M. 1989: *Ordered to Care. The dilemma of American Nursing, 1850-1945*. Cambridge University Press, Cambridge
- Reverby Susan M. 2002: A Legitimate Relationship: Nursing, Hospitals, and Science in the Twentieth Century. In: Baer Ellen D. et al. (eds.): *Enduring Issues in American Nursing*. Springer Publishing Company, New York: 262-281
- Richardson Barbara, Madeleine Abrandt-Dahlgren and Joy Higgs 2004: Practice epistemology: implications for education, practice and research. In: Higgs Joy, Barbara Richardson, Madeleine Abrandt Dahlgren (eds.): *Developing Practice Knowledge for Health Professionals*. Butterworth Heinemann, Oxford: 181-199
- Ridgeway, Cecilia L., Shelley J. Correll 2004: Unpacking the Gender System: A theoretical Perspective on Gender Beliefs and Social Relations. In: *Gender & Society*, Vo. 18, No.4, Aug.: 510-531
- Riegraf Birgit 2000: Organisationswandel, Organisationslernen und das Geschlechterverhältnis. In: Lenz Ilse, Hildegard Maria Nickel, Birgit Riegraf (Hrsg.): *Geschlecht – Arbeit – Zukunft*. Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster: 149 – 177
- Riehl Joan P., Callista Roy (eds.) 1980: *Conceptual Models for Nursing Practice*. 2nd Edition, Appleton-Century-Crofts/ Norwalk, Ct.
- Riemann Gerhard, Fritz Schütze 1991: „Trajectory“ as a basic theoretical Concept For Analyzing Suffering and Disorderly Social Processes. In: Maines David R.(ed.): *Social Organization an Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss*. Aldine De Gruyter, New York: 333-357
- Riegel Barbara, Christopher S. Lee, Victoria Vaughan Dickson 2011: Self care in patients with chronic heart failure. In: *Nature Reviews Cardiology* Vol (, Nov. 644-54
- Risjord Mark 2010: *Nursing Knowledge. Science, Practice and Philosophy*. Wiley-Blackwell, Oxford
- Ritter-Teitel 2002: The Impact of Restructuring on Professional Practice. In: *JONA*, Vol. 32, No. 1 (January): 31 – 41
- Ritsert Jürgen 2001: *Soziologie des Individuums. Eine Einführung*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft (WBG), Darmstadt
- Robert Bosch Stiftung 1996: *Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis*. Materialien und Berichte 46, Bleicher Verlag Stuttgart (Mitglied der Arbeitsgruppe)
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) 2000: *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Schattauer, Stuttgart
- Robert Koch Institut (RKI) 2008: *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin
- Rochat Philippe 2007: Intentional action arises frim early reciprocal exchanges. In: *Acta Psychologica*, 124: 8-25; doi:10.16/j.actpsyc.2006.09.004
- Rochat Philippe 2008: Die Selbstentwicklung im Säuglingsalter. In: Britsch Karl Heinz, Theodor Hellbrügge (Hrsg.) 2008: *Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Grundlagen für Prävention, Beratung und Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart: 241-265

- Rohde Johann Jürgen: Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution. In: Döhner, Otto (Hrsg.): *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1973: 13 – 35.
- Rohde Johann Jürgen 1974: *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. 2. Auflage, Ferdinand Ehnke Verlag, Stuttgart
- Robinson F. Patrick, Geraldine Gorman, Lynda W. Slimmer, Rachel Yudkowsky 2010: Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication in Hospitals. In *Nursing Forum*, Vol. 45 (3): 206-216
- Rolfe Gary 1997: Ein Pflegepraxismodell zur Überbrückung der Theorie-Praxis-Diskrepanz. In: Schröck Ruth, Elisabeth Drerup (Hrsg.): *Pflegetheorien in Praxis, Forschung und Lehre*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau: 50-60
- Rogers Martha Elizabeth 1989: Creating a Climate for the Implementation of a Nursing Conceptual Framework. In: *The J. of Continual Education in Nursing*, Vol. 20; No. 3: 112 – 116
- Rogers Martha 1995: *Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung*. Lambertus Verlag, Freiburg
- Romberg Lucy 1960: Der Wandel im Berufsbild der Krankenschwester. In: *Das Krankenhaus*, 52., Jg., 2, 46 - 48
- Roper Nancy 1976a: Clinical Experience in Nurse Education. A Survey of the Available Nursing Experience for General Student Nurses in a School of Nursing in Scotland. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Roper Nancy 1976b: A model for nursing and nursology. In: *J. of Adv. Nurs.*, 1: 219 - 227
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1980: *The Elements of Nursing*. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1981: *Learning to use the Process of Nursing*. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1983a: A Nursing Model. Nursing Process 1. In: *Nursing Mirror*, May 25th: 17-19
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1983b: Is there a danger of 'processing' patients? Nursing Process 2. In: *Nursing Mirror*, June 1st: 32-33
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1983c: Problems or needs? Nursing Process 3. In: *Nursing Mirror*, June 8th: 43 - 44
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1983d: Identifying the goals. Nursing Process 4. In: *Nursing Mirror*, June 15th: 22-23
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1983e: Endless paperwork? Nursing Model. Nursing Process 5. In: *Nursing Mirror*, June 22nd: 34-35
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1983f: Unity - with diversity. Nursing Process 6. In: *Nursing Mirror*, June 29th: 35
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1985: *The Elements of Nursing*. 2nd Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1986: *Nursing Models: A Process of Construction and Refinement*. In: Kershaw Betty, Jane Salvage 1986: *Models for Nursing*. John Wiley & Sons, Chichester
- Roper, Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1987: *Die Elemente der Krankenpflege*. Recom, Basel
- Roper Nancy 1988: *Principles of Nursing. In Process Context*. Churchill Livingstone, Edinburgh; deutsch: ROPER, Nancy 1997 : *Pflegeprinzipien im Pflegeprozeß*. Verlag Hans Huber, Stuttgart
- Roper Nancy 1988: *Principles of Nursing. In Process Context*. Churchill Livingstone, Edinburgh; deutsch: ROPER, Nancy 1997 : *Pflegeprinzipien im Pflegeprozeß*. Verlag Hans Huber, Stuttgart
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1990: *The Elements of Nursing*. 3rd Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1993: *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. RECOM, Basel
- Roper Nancy 1994a: Definition of nursing: 1. In *British Journal of Nursing*, Vol. 3; No. 7: 355 –357
- Roper Nancy 1994b: Definition of nursing: 2. In *British Journal of Nursing*, Vol. 3; No. 9: 460 - 462
- Roper Nancy, Winifred W. Logan Alison J. Tierney 1996a: *The Elements of Nursing*. 4th Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 1996b: The Roper-Logan-Tierney Model: A Model in Nursing Practice. In: Hinton Walker, Patricia, Betty Neuman (Eds.): *Blueprint for Use of Nursing Models: Education, Research, Practice & Administration*: 289 - 314
- Roper Nancy, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney 2000: *The ROPER, LOGAN, TIERNEY Model of Nursing. Based on Activities of Living*. Churchill Livingstone, Edinburgh, deutsch: Roper Nancy , Winifred W. Lo-

- gan, Alison J. Tierney 2002: Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). Verlag Hans Huber, Bern
- Rosenberg Gunda 2003: Körperschema – Pflegerische Interventionen zur Körperorientierung. Möglichkeiten und Didaktik. Brigitte Verlag, Hagen
- Rosenberg Morris 1982: Reflexivity and Emotions. *Social Psychology Quarterly*, Vol. 53: No. 1: 3-12
- Rosenfeld Dana; Christopher Faircloth 2004: Embodied Fluidity and the Commitment to Movement: Constructing the Morals Self through Arthritis Narratives. In: *Symbolic Interaction*, Vol. 27, Issue 4: 507-529
- Rosenstein Alan H. (2002): Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. In: *AJN*, Vol. 102, No. 6 (June) 2002: 26-34
- Rosenstein Alan H., Michelle O'Daniel (2006): Impact and Implications of Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. In: *American College of Surgeons*, Vol. 203 (1): 96-105
- Rosenstein Alan H. (2010): Measuring and managing the economic impact of disruptive behaviors in the hospital. In: *Journal of HealthCare Risk Management*, Vol. 30, (2): 20-26
- Rosenstein Alan H. (2011): The quality and Economic Impact of Disruptive Behaviors on Clinical Outcomes of Patient Care. In: *American Journal of Medical Quality*. Published online 21. April 2011, DOI:10.1177/1062860611400592
- Rothstein William G.; Susan Hannum (2007): Profession and Gender in Relationships Between Advanced Practice Nurses and Physicians. In: *Journal of Professional Nursing*, Vol. 23 (4): 235-240
- Roy Callista (Sister) 1970: Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing. In: *Nursing Outlook*, March, Vol. 18, No. 3: 42 – 45
- Roy Callista (Sister) 1973: Adaption: Implications for Curriculum Change. In: *Nursing Outlook*, March, Vol. 21, No. 3: 163 – 168
- Roy Callista (Sister) 1976: Introduction to Nursing: An Adaption Model. Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey
- Roy Callista (Sister) 1980: The Roy Adaptation Model. In: Riehl Joan P., Callista Roy (eds.) 1980: *Conceptual Models for Nursing Practice*. 2nd Edition, Appleton-Century-Crofts/ Norwalk, Ct.: 179 – 188
- Roy Callista (Sister) 1981: The Roy Adaptation Model of nursing. In: Roy, Callista (Sister), Sharon L. Roberts 1981: *Theory construction in nursing. An Adaptation Model*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J.
- Roy Callista (Sister), Dorothy McLeod 1981: Theory of the person as an adaptive system. In: Roy, Callista (Sister), Sharon L. Roberts: *Theory construction in nursing. An Adaptation Model*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J.: 49-69
- Roy Callista (Sister), Sharon L. Roberts 1981: Theory construction in nursing. *An Adaptation Model*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, N.J.
- Roy Callister (Sister) 1987: Roy's Adaptation Model. In: Parse Rosemarie Rizzo: *Nursing Science. Major Paradigms, Theories, and Critiques*. W.B. Saunders Company: 35- 45
- Roy, Callister (Sister) 1988: An Explication of the Philosophical Assumptions of the Roy Adaptation Model. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol.1, No.1: 26 - 34
- Roy, Callister (Sister) 1989: The Roy Adaptation Model. In: Riehl-Sisca Joan P: *Conceptual Models for Nursing Practice*. 3rd Edition, Appleton & Lange Norwalk, Ct. 105-114
- Roy Callista (Sister); Heather A. Andrews 1991: Essentials of the Roy Adatation Model. In: Roy Callista (Sister); Heather A. Andrews 1991: *The Roy Adaptation Model. The Definitive Statement*. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut / San Mateo, California: 3-25
- Roy Callista (Sister) 1992: Vigor, Variables and Vision: Commentary on Florence Nightingale. In: *Nightingale Florence: Notes on Nursing: What it is, and what it is not (Commemorative Edition)*, J.B. Lippincott Company Philadelphia: 63-71
- Roy Callister (Sister), Heather A. Andrew 1997: Das Adaptationsmodell. In: Schaeffer Doris, Martin Moers, Hilde Steppe, Afaf Meleis (Hrsg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Verlag Hans Huber, Bern: 227-249
- Roy Callister (Sister), Heather A. Andrews 1999: *The Roy Adaptation Model*. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut
- Roy Callista (Sister) 2000: The Visible and Invisible Fields that Shape the Future of the Nursing Care System. In: *Nursing Administration Quarterly*, Vol. 25 (1), Fall: 119-131
- Roy Callista (Sister) 2007: Knowledge as Universal Imperative. In: Roy Callista (Sister), Dorothy A. Jones (eds.): *Nursing Knowledge Development and Clinical Practice*. Springer Publishing Company, New York: 145-161

- Roy Callista (Sister) 2009: The Roy Adaptation Model. Third Edition. Pearson, Upper Saddle River, New Jersey
- Rowe Kathleen 1995: Nursing a person who had suffered a myocardial infarction. In: British Journal of Nursing, Vol. 4, No. 3: 148 - 154
- Rumpf Mechthild 2007: Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel. Literaturstudie und Problemskizzen zu häuslicher Pflege. (Kurzfassung). artec-paper Nr. 145, Oktober, ISSN 1613-4907, Universität Bremen, www.artec.uni-bremen.de
- Sachverständigenrat (SVR): Gutachten des SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 des - Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Langfassung, Bundestagsdrucksache 16/6339 vom 07.09. 2007
- Sacks Oliver 1989: Der Tag an dem mein Bein fortging. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Salhani Daniel, Ian Coulter 2009: The politics of Interprofessional working and the struggle for professional autonomy in nursing. In: Social Science & Medicine 68: 1221-1228
- Salter Mave 1997: Altered Body Image. The Nurse's Role. 2nd Edition, Baillière Tindall, London (deutsch 1999: Körperbild und Körperbildstörungen. Ullstein Medical, Wiesbaden
- Salvage Jane 2002: Rethinking Professionalism: the first step for patient-focused care. Future Health Worker Project. Ippr paper, www.ippr.orh.uk, Zugriff am 10.11.2005
- Salzwedel 1909: Handbuch der Krankenpflege. Zum Gebrauch für Krankenpflegeschulen sowie zum Selbstunterricht. Verlag von August Hirschwald, Berlin
- Sandelowski Margarete 2000: Devices & Desire. Gender, Technology, and American Nursing. The University of North Carolina Press, Chapel Hill & London.
- Sander Kirsten 2008: Machtspiele im Krankenhaus: "doing gender" oder doing profession"? ON. FQS, Vol. 9, (1), Art. 4.
- Sander Kirsten 2009: Profession und Geschlecht im Krankenhaus. Soziale Praxis der Zusammenarbeit von Medizin und Pflege. UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz
- Savage, Jan 1995: Nursing Intimacy. An Ethnographic Approach to Nurse-Patient Interaction. Scutari Press, London
- Savage Jan, Lucy Moore 2004: Interpreting accountability. An ethnographic study of practice nurses, accountability and multidisciplinary team decision-making in the context of clinical governance. Research Paper, Royal College Nursing, RCN Institute, Oxford
- Schachinger Helga E. 2002: Das Selbst, die Selbsterkenntnis und das Gefühl für den eigenen Wert. Einführung und Überblick. Verlag Hans Huber, Bern
- Schadewaldt Hans 1973: Die Entwicklung der Krankenhausmedizin im 19. Jahrhundert. In: Das Krankenhaus (8): 324-326
- Schaeffer Doris, Martin Moers, Hilde Steppe 1997: Pflege-theorien aus den USA - Relevanz für die deutsche Situation. In: Schaeffer Doris, Martin Moers, Hilde Steppe, Afaf I. Meleis (Hrsg.) 1997: Pflege-theorien. Beispiele aus den USA. Verlag Hans Huber, Stuttgart: 281 – 295
- Schaeffer Doris 2004: Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Unter Mitarbeit von Martin Moers. Verlag Hans Huber, Bern
- Schaeffer Doris 2006: Bewältigung chronischer Erkrankungen. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. In: Z. Gerontol. Geriat. 39: 192-201
- Schaeffer Doris (Hg.) 2006: Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops. P06-133, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), www.uni.bielefeld.de/IPW
- Schaeffer Doris, Martin Moers 2008: Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: Pflege&Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.1: 6-31
- Schaeffer Doris 2009 (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Verlag Hans Huber, Bern
- Schaeffer Doris, Martin Moers 2009: Abschied von der Patientenrolle? Bewältigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit. In: Schaeffer Doris 2009 (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Verlag Hans Huber, Bern: 111 – 131
- Schaeffer Doris, Martin Moers 2011: Bewältigung chronischer Erkrankungen – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer Doris, Klaus Wingenfeld (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim und München: 329-363
- Schär, Walter 2002: Das Krankenhaus als Betrieb. In: Haubrock Manfred, Walter Schär (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern: 87-117

- Schafer Penny, Joan Middleton 2001: Examining Peplau's Pattern Integrations in Long-Term Care. *Rehabilitation Nursing*, Vol. 26, Number 5, Sep/Oct.: 192-197
- Schaper Peter 1987: *Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*. Leske + Budrich, Opladen
- Scharffenorth Gerda mit Friederike Rupprecht, Doris Jehle, Erika Reichle u.a. und Schwestern der Evangelischen Schwesternverbände. 1984: *Schwestern. Leben und Arbeit Evangelischer Schwesternschaften*. Absage an Vorurteilen. Burckhardthaus-Laetare Verlag, Offenbach.
- Schilder Michael 2010: Zur Bedeutung der klinischen Pflegewissenschaft für eine forschungsbasierte Praxisentwicklung. In: *PfleGe*, 15 Jg., H1: 48-64
- Schilder Paul 1950: *The Image and Appearance of the Human Body*. Studies in the constructive energies of the psyche. International University Press, Inc. New York.
- Schleiermacher Lisa 1960: Die Lage der Schwesternschaft zwischen Arzt und Patient. In: *Das Krankenhaus*. 52, Jg. Heft 11: 460- 466
- Schmalenberg Claudia, Marlene Kramer 2008: The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals: 20.000 Nurses Tell Their Story. In: *Critical Care Nurse*, Vol. 28, No. 6, Dec.: 58-71
- Schmalenberg Claudia et al. 2005a: Excellence Through Evidence. Securing Collegial/ Collaborative Nurse-Physician Relationships, Part. 1: In: *JONA* Vol. 35 (10): 450-458
- Schmalenberg Claudia et al. 2005b: Excellence Through Evidence. Securing Collegial/ Collaborative Nurse-Physician Relationships, Part. 2: In: *JONA* Vol. 35 (11): 507-514
- Schmalenberg Claudia, Marlene Kramer 2008: Essentials of a Productive Nurse Work Environment. In: *Nursing Research*, Jan/Feb., Vol. 57 (1): 2-13
- Schmalenberg Claudia et al. 2008: Clinically Competent Peers and Support for Education: Structures and Practices that Work. In *CriticalCareNurse*, Vol. 28 (4): 54-65
- Schmalenberg Claudia, Marlene Kramer 2009: Nurse-Physician Relationships: 20.000 Nurses tell Their Story. In: *Critical Care Nurse*, Febr, Vol. 29 (1): 74-73
- Schmalenberg Claudia, Marlene Kramer 2009a: Nurse Manager Support: How do Staff Nurses Define it. In: *CriticalCareNurse*, Vol. 29 (4), August: 61-69
- Schmalenberg Claudia, Marlene Kramer 2009b: Perception of Adequacy of Staffing. In *CriticalCareNurse*, Vol. 29 (5), Oct.: 65-71
- Schmidbauer Marianne 2002: Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. *Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903 – 2000*. Ulrike Helmer Verlag, Frankfurt
- Schmidt Jutta 1998: Beruf: Schwester. *Mutterhausdiakonie im 19. Jahrhundert*. Campus, Frankfurt am Main
- Schmidt Sascha et al. 2008: Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. In: *Pflege & Gesellschaft* 13 Jg. (2): 102-118
- Schneekloth Ulrich 2006: Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). In: *Z Gerontol Geriat* 39:405–412 (2006), DOI 10.1007/s00391-006-0413-3
- Schneider Wolfgang Ludwig 2002: *Grundlagen der soziologischen Theorie*. WEBER-PARSONS-MEAD-SCHÜTZ, Bd.1. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Schnell Martin W., Christian/Schulz 2010: Der Experte und das Irrationale. Ethische Überlegungen zum Status desExpertenwissens in der Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft*, 15. Jg. H.1: 64-77
- Schnepp Wilfried 1996: Pflegekundige Sorge. In: *Pflege & Gesellschaft*, 1 (29): 13 – 16
- Schnepp Wilfried 2006: Im Angesicht des Anderen „Schützen müssen“. Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Witten/Herdecke. In: *Pflege & Gesellschaft* 11. Jg. (1): 61 - 76
- Schnieders Bernd 1994: *Krankenpflege ein Beruf im Wandel. Eine qualitative Studie über den beruflichen Alltag in der Krankenpflege und dessen Veränderungsmöglichkeiten*. Mabuse-Verlag, Wissenschaft 21, Frankfurt am Main
- Schoessler Mary T., Jocye Farish 2007: Development at the Bedside: Evolutionary Development of the Experienced Registered Nurse. In: *The Journal of Continuing Education in Nursing*, July/August Vol. 38, No. 4: 170-175
- Schön Donald 1983: *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. Basic Books Inc. USA
- Schober Madrean, Fadwa Affara (2008): *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Spirig Rebecca; Sabine de Geest, Verlag Hans Huber, Bern

- Schoska Manuela 2009: Pflegerische Verantwortung in der Zeit des Nationalsozialismus – Eine Analyse von Aspekten der Verantwortlichkeit im Pflegerischen Berufsalltag. In: Thiekötter Andrea, Heinrich Recken, Manuela Schoska, Eva-Maria Ulmer (Hrsg.) *Alltag in der Pflege – Wie machten sich Pflegende bemerkbar?* Beiträge des 8. Internationalen Kongresses zur Geschichte der Pflege 2008: 245-259
- Schröter Klaus R., Thomas Rosenthal 2005: *Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Juventa-Verlag, Weinheim und München
- Schrems Berta (2008): *Verstehende Pflegediagnostik*. Facultas.wuv, Wien
- Schütz Alfred, Thomas Luckmann 1979: *Strukturen der Lebenswelt*. Bd. 1. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Schütze Fritz 1981: Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: Matthes J., A Pfeiffenberger, M. Stosberg (Hg.) *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg
- Schütze Fritz 1996: Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: Combe Arno, Werner Helpser: *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main: 183-275
- Schütze Fritz 2000: Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*: 49-96
- Schütze Fritz 2006: Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger Heinz-Hermann, Winfried Marotzki (Hrsg.): *Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung*. Wiesbaden: 205-237
- Schütz-Pazzini Petra 2007: Wege in die Praxis der Primären Pflege. – Voraussetzungen aus der Sicht der Prozessbegleitung (5.2). In: Mischo-Kelling Maria; Petra Schütz-Pazzini (Hrsg.): *Primäre Pflege in Theorie und Praxis: Herausforderungen und Chancen*, Huber, Bern: 220-232.
- Schulz Michael, Sebastian Dorgerloh, Michael Löhr (2008): Implementierung einer wirksamen Pflegepraxis – Stabsstellen als notwendiger Übergang auf dem Weg zu einem zukunftsfähigen Profil von professioneller Pflege im Krankenhaus. In: *PfleGE*, 13 Jg., H2: 119-130 -
- Schweikardt Christoph 2006: New aspects of the German ‚scientific nursing‘ movement before World War I: Florence Nightingale’s Notes on nursing disguised as part of medical tradition. In: *Nursing Inquiry*, 13(4): 259 – 268)
- Schweikardt Christoph 2008: Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. Jahrhundert und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorhaben preußischer Regierungspolitik, Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung, München
- Schweikardt Christoph (2009): The National Socialist Sisterhood: an instrument of National Socialist health policy. In: *Nursing Inquiry* 16(2): 103-110
- Scott Dorsett Diane (1992): The Trajectory of Cancer Recovery. In: Woog Pierre (ed.) 1992: *The Chronic Illness Trajectory Framework. The Corbin and Strauss Nursing Model*. Springer Publications, New York; 29-38
- Scott Susan D. 2008: ‘New professionalism’ – Shifting relationships between nursing education and nursing practice. In: *Nurse Education Today*, 28: 240-245
- Secrest Janet A., Barbara R. Norwood, Virginia M. Keatley 2003: “I Was Actually a Nurse”: The Meaning of Professionalism for Baccalaureate Nursing Students. In: *J. of Nursing Education*, 42 (2): 77 – 82
- Seel Wilhelm 1957: Stellungnahme zur Schwesternfrage vom Standpunkt des Krankenhausarztes. In: *Öff. Ges.dienst*, 19 Jg., Heft 8:380 - 383
- Seidler Eduard 1980: *Berufskunde I: Geschichte der Pflege des kranken Menschen*. 5. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Seidler Eduard, Karl-Heinz Leven 2003: *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Seigfried Charlene Haddock 1996: *Pragmatism and Feminism*. The University of Chicago Press. Chicago
- Seigfried Charlene Haddock (ed.) 2002: *Feminist Interpretations of John Dewey*. The Pennsylvania university Press, University Park, Pennsylvania
- Senghaas-Knobloch Eva 2008: Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: *Berliner Journal für Soziologie*, BJS 18 (2008) 2:221-243, DOI 10.1007/s11609-008-0016-5
- Shibutani Tamotsu 1955: Reference Groups as Perspectives. In: *The American Journal of Sociology*, 562-569
- Shibutani Tamotsu 1991: On the empirical Investigation of Self-Concepts. In: Maines David R. (ed.): *Social Organization and Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss*. Aldine de Gruyter, New York: 59 - 69

- Shuval Judith T., Nissim Mizrahi 2004: Changing Boundaries: Modes of Coexistence of Alternativ and Biomedicine. In: *Qualitative Health Research*, 14 (5): 675-690
- Shyrook Richard H. 1940: *Die Entwicklung der Modernen Medizin*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Siegrist Hannes 1988: *Bürgerliche Berufe. Die Profession und das Bürgertum*. In: Siegrist Hannes (Hrsg.): *Bürgerliche Berufe*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Siebens Kaat et al. 2006: The professional self-image of nurses in Belgian hospitals: A creoss-sectional questionnaire survey. In: *International Journal of Nursing Studies*, 43: 71 - 82
- Siebert Michael T., Michael Chapman 1985: Entstehung von Individualität. In: Herrmann Theo, Ernst-D. Lantermann (Hrsg.): *Persönlichkeitspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Urban & Schwarzenberg, München: 1-8
- Sieloff Evans Christina L. 1991: *Imogene King: A Conceptual Framework for Nursing*. Sage Publications, Newbury Park, Ca
- Sieloff Christina L. 1995: Develpment of a Theory of Departmental Power. In: Frey Maureen A; Christina L. Sieloff (eds.): *Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing*. Sage Publications, Thousand Oaks: 46-65
- Sieloff Christina L. 2006: Imogene King: Interaction Systems Framework and Middle Range Theory of Goal Attainment. In: Marriner Tomey Ann; Martha Raile Alligood (eds.): *Nursing Theorists and their Work*. 6th Edition, Mosby, St. Louis: 297-317
- Sieloff Leibold Cristina, Maureen Frey (eds.) 2007: *Middle Range Theory Development. Using King's Conceptual System*. Springer Publishing Company; New York
- Sieloff Christina L. 2007: The Theory of Group Power within Organizations – Evolving Conceptualization Within King's Conceptual System'. In: Sieloff Leibold Cristina, Maureen Frey (eds.): *Middle Range Theory Development. Using King's Conceptual System*. Springer Publishing Company; New York: 196-214
- Sills, Grayce M; Linda S. Beeber 1995: Hildegard Peplaus interpersonale Konzepte. In: Mischo-Kelling, Maria, Karin Witteben (Hrsg.): *Pflegebildung und Pflegetheorien*. Urban & Schwarzenberg, München: 37 – 49
- Sills, Grayce M. 1998: Peplau and professionalism: the emergence of the paradigm of professionalization. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5: 167-171
- Sills, Grayce M. 1999/1978: Hildegard Peplau: Leader, Practitioner, Academician, Scholar and Theorist. Reprint aus: *Perspectives in Psychiatric Care*, XV1: 122-128, In *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol 35, No. 3, July-September: 5-Vol.
- Silva Cipriano Mary, Daniel Rothbart 1984: An analysis of changing trends in philosophies of science on nursing theory development testing. In: *ANS* 6 (2): 1-13
- Silva Cipriano Mary, Jeanne Merkle Sorrell, Christine Denise Sorrell 1995: From Carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shift in nursing. In: *ANS*, Vol. 18 (1): 1 - 13
- Silverman Michael 2004: *Managers as Developers of Others. A literature review*. IES (Institute For Employment Studies), Brighton UK; www.employment-studies.co.uk, Zugriff: August 2010
- Silverstein Christine M. 2003: *Looking Back to the Future in Nursing Science Development From 1952-2002: A Historical Perspective*. Dissertation (Ed.D.), Teachers College, Columbia University New York
- Silverstein Christine M. 2008: From the Front Lines to the Home Front: A History of the Development of Psychiatric Nursing in the U.S. During the World War II Era. In: *Issus in Mental Health Nursing*, Vol. 29 (7): 719-737
- Simmel, Ernst 1928: Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: *Int. Zeitschrift f. Psychoanalyse*, 14: 352 - 370
- Simmons Barbara 2010: Clinical reasining: concept analysis. In: *J. of Advanced Nursing* 66 (5): 1151-1158
- Simon Michael 2008: *Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen*. Verlag Hans Huber, Bern
- Simpson, Howard 1991: *Peplau's Model in Action*. MacMillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London
- Sjetne Ingeborg, Jon Helgeland, Knut Stavem 2010: Classifying nursing organizations in wards in Norwegian hospitals: self-identification versus observation. In: *BMC Nursing*, 1-8, www.biomedcentral.com/1472-6955/9/3
- Skår Randi 2008: The meaning of autonomy in nursing practice. In: *Journal of Clinical Nursing*, 19: 2226-2234
- Slotala Lukas, Ullrich Bauer 2009: "Das sind bloß manchmal die fünf Minuten die fehlen". *Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards*. In: *Pflege & Gesellschaft*, 14. Jg. (1): 54 - 66

- Smith, Marlaine C. 1988: ROY's Adaptation Model in Practice. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol.1, No. 3 (August): 97-98
- Smith Marlaine C. 1988: King's Theory in Practice. In: *Nursing Science Quarterly, Theory, Research and Practice*, Vol. 1, No. 4 (November): 145 -146
- Smith Pam 1992: *The Emotional Labour of Nursing. How nurses care*. MacMillan, Houndsmill, Basingstoke, Hampshire and London.
- Snelgrove Sherrill, David Hughes 2000: Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. In: *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31. (3): 661-667
- Snygg, Donald, Combs, Arthur W. 1959: *Individual behavior: a perceptual approach to behavior*, Harper & Row, New York
- Soeffner Hans-Georg 1991a: "Trajectory As Intended Fragment: The Critique of Empirical Reason According to Anselm Strauss. In: Maines David R. (ed.): *Social Organization an Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss*. Aldine De Gruyter, New York: 359-381; deutsche Übersetzung Soeffner Hans-Georg 1991b: "Trajectory" – das geplante Fragment. *Die Kritik der empirischen Vernunft bei Anselm Strauss*. In: *BIOS* 1, 1-12
- Solman Anette, Mary FitzGerald 2008: Leadership Support. In: Manley Kim, Brendan McCormack, Val Wilson (eds.): *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Blackwell Publishing, Oxford: 260 - 272
- Spitzer Ada, Beatrice Perrenoud 2006a: Reforms in Nursing Education Across Western Europe: From Agenda to Practice. *Journal of Professional Nursing*, Vol. 22 (3): 150-61
- Spitzer Ada, Beatrice Perrenoud 2006b: Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Process and Current Status. *Journal of Professional Nursing*, Vol. 22 (3): 162-172
- Spivak Mark, Anna Smith, M. Cynthia Logsdon (2011): Developing expert clinical nurses: grow them, hold them and let them go. In: *Journal of Nursing Management*, 19: 92-97
- Spouse Jenny 2000: An impossible dream? Images of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses. In: *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3): 730-739
- Spouse Jenny 2003: *Professional learning in nursing*. Blackwell Publishing, Oxford.
- Spray S. Lee 1999: The Evolution of the Psychiatric Clinical Nurse Specialist: An Interview with Hildegard E. Peplau. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, Jul.-Sep. 35 (3): 27-37
- Staehe Wolfgang H. 1989: *Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive* . 4. Auflage, Verlag Franz Vahlen München
- Stahlmann Sabine 2004: Kann die Pflge theorie der Hildegard Peplau dazu beitragen, Compliance auf der geschlossenen Suchtstation herzustellen? In: *Psych. Pflege*, 10: 340-345
- Stajduhar Kelli, Sally E. Thorne, Liza McGuinness, Charmaine Kim-Sing 2010: Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. In: *Journal of Clinical Nursing*, 19: 2039-2047; doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x
- Star Susan Leigh; James R. Griesemer (1989); Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. In: *Social Studies of Science*, Vol. 19: 387-420
- Star Susan Leigh 1991: The Sociology of the Invisible: The Primacy of Work in the Writings of Anselm Strauss: In: Maines David .R. (ed.): *Social Organization and Social Process. Essays in Honor of Anselm Strauss*. Aldine de Gruyter, New York: 265- 283
- Star Susan Leigh 1997: 'Anselm Strauss: An Appreciation'. *Sociological Research Online*, Vol. 2, no.1, <http://www.socresonline.org.uk/2/1/1.htm>
- Star Susan Leigh, Anselm Strauss 1999: Layers of Silence, Arenas of Voices: The Ecology of Visible and Invisible Work. In: *Computer Supported Cooperative work* 8: 9-30
- Star Susan Leigh 2004: Kooperation ohne Konsens in der Forschung: Die Dynamik der Schließung in offenen Systemen. In: Strübing Jörg et al. (Hrsg.): *Kooperation im Niemandsland.*, VS Verlag/Leske + Budrich, Opladen: 58-76
- Starr Suzan L. 1980: Adaptation Applied to the Dying Client. In: Riehl Joan P., Callista Roy (eds.) 1980: *Conceptual Models for Nursing Practice*. 2nd Edition, Appleton-Century-Crofts/ Norwalk, Ct.: 189 – 192
- Statistisches Bundesamt et al (Hrsg.): *Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Kapitel 5 Arbeitsmarkt und Erwerbstätigkeit*. Bonn; www.destatis.de; zugegriffen am 22.11.2008
- Statistisches Bundesamt et al (Hrsg.): *Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Kapitel 9 Gesundheit und soziale Sicherung*. Bonn; www.destatis.de; zugegriffen am 22.11.2008

- Statische Ämter des Bundes und der Länder 2010: Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den einzelnen Ländern. Heft 2, November, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt: Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2008 (Bezug: www.destatis.de)
- Statistisches Bundesamt: Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2010 (Bezug: www.destatis.de)
- Stein Bräten 2003: Participant Perception of Others' Acts: Virtual Otherness in Infants and Adults. In: *Culture & Psychology*, 9:261-276
- Stein Leonard 1967: The Doctor-Nurse Game. In: *Arch Gen Psychiat*, Vol. 16 (June): 699-703
- Stein Leonard, David T. Watts, Timothy Howell 1990: The Doctor-Nurse Game Revisted. In: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 322 (8): 546-549
- Steinbach-Thormählen Heike 2011: Formen neuer Arbeitsteilung im Krankenhaus. Herausforderungen für das Personalmanagement am Beispiel der Gesundheits- und Krankenpflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 16 Jg. (4): 322-338
- Stein-Parbury Jane, Joan Liaschenko 2007: Understanding Collaboration between Nurses and Physicians as Knowledge at Work. In: *American Journal of Critical Care*, Vol. 16 (5): 470-477
- Stemmer Renate 2003 a: Pflege-theorien und Pflegeklassifikationen. In: *PfleGe*, 8 Jg. (2): 51-58
- Stemmer Renate 2003b: Zum Verhältnis von professioneller und pflegerischer Sorge. In: *Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Sonderausgabe Pflege & Gesellschaft: Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen.* Mabuse Verlag, Frankfurt / Main: 43 – 62
- Stemmer Renate 2006: "Helfen" als Aufgabe der Pflege. In: *PfleGe*, 11. Jg. (1): 9-10
- Stemmer Renate, Manfred Haubrock, Hans Böhme 2008: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Erstellt im Auftrag des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz – Kurzfassung, Februar
- Stemmer Renate, Hans Böhme 2008: Aufgabenverteilung im Krankenhaus. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: *Pflege & Gesellschaft*, 13. Jg., H.3: 197-215
- Steppe Hilde 1990: Das Selbstverständnis der Krankenpflege. In: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift (DKZ)*, Beilage Dokumentation Aus- und Fortbildung., Heft 5, 43. Jg. 1-11
- Steppe Hilde 1990: Das Selbstverständnis der Krankenpflege. In: *Deutsche Krankenpflegezeitschrift (DKZ)*, Beilage Dokumentation Aus- und Fortbildung., Heft 5, 43. Jg. 1-11
- Steppe Hilde (Hrsg.)1993: *Pflege im Nationalsozialismus*. 7. Auflage völlig überarbeitet und erweitert, Mabuse Verlag Frankfurt am Main
- Steppe Hilde, Eva-Maria Ulmer (Hrsg.)1999: „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin“ Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den »Euthanasie«-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Stewart Janice, Katherine Stansfield, Diane Tapp 2004: Clinical Nurses' Understanding of Autonomy. Accomplishing Patient Goals Through Intedependent Practice. In: *JONA*, Vol. 34; No. 10 (Oct.): 443-450
- Stiegler Barbara 2004: Geschlechter in Verhältnissen. Denkanstöße für die Arbeit in Gender Mainstreaming Prozesse. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Bonn, November, ISN 3-89892-211-1???
- Stiegler Barbara 2007: Vorsorgender Sozialstaat aus der Geschlechterperspektive. *Wiso direkt*, Friedrich Ebert Stiftung, März
- Stiehr Karen, Mone Spindler 2006: Lebensbedingungen von Frauen 50plus in Europa. Ergebnisse einer Sekundäranalyse in zwölf westeuropäischen Ländern. In: *Z. Gerontol. Geriat*, 39: 5-12
- Stockdale Merren, Philipp J. Warelow 2000: Is the complexity of care a paradox? In: *Journal of Adv. Nursing*, 31 (5): 1258-1264
- Stockman Cherill 2005: A literature Review of the Progress of the Psychiatric Nurse-Patient Relationship as Described by Peplau. In: *Issues in Mental Health Nursing*, 26: 911-910
- Stockmeyer Anne-Christin 2004: Identität und Körper in der (post)modernen Gesellschaft. Tectum Verlag, Marburg
- Stone Gregory P. 1981: Appearance and the Self. In: Stone Gregory, Harvey A. Farbermann (eds.): *Social Psychology Through Symbolic Interaction*. Waltham, Mass.
- Storey Susan, Elizabeth Linden, Mary L. Fisher 2008: Showcasing Leadership Exemplars to Propel Professional Practice Model Implementation. In: *JONA* Vol. 38, No. 3: 138-142
- Strandberg Gunilla, Lilian Jansson 2003: Meaning of dependency on care as narrated by nurses. In: *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*, 17: 84-91

- Stratmeyer Peter 2002: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Juventa Verlag Weinheim und München
- Stratmeyer Peter 2005: Primäre Zuständigkeit in der Pflege – oder auch: Mehr Verantwortung und Hierarchie wagen. In: Pflegezeitschrift, Dokumentation Pflergemanagement, Jg. (1): 2- 10
- Stratmeyer Peter 2007: Organisation stationärer Pflege – wenn Lösungen zu Problemen werden (Teil 1): Projekte dürfen kein Selbstzweck sein. In: Pflegezeitschrift 12/2007, 60. Jg.: 682-685
- Stratmeyer Peter 2008: Organisation stationärer Pflege – wenn Lösungen zu Problemen werden (Teil 2): Die Zukunft liegt in der Kooperation. In: Pflegezeitschrift 1/2008, 61. Jg.: 34-39
- Straub Jürgen, Joachim Renn (Hg.) 2002: Transitorische Identität. Der Prozesscharakter des modernen Selbst. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
- Strauss Anselm L. 1966/2001: Structure and Ideology of the Nursing Profession. In: Strauss Anselm L. 2001: Professions, Work and Careers. Transaction Publishers; New Brunswick, New Jersey: 24-67
- Strauss Anselm L., Ruth Bucher 1966/2001: Professions in Process. Reprinted by permission from the American Journal of Sociology 1961, pp: 325-34. In: Strauss Anselm L. 2001: Professions, Work and Careers. Transaction Publishers; New Brunswick, New Jersey: 9-23
- Strauss Anselm, Leonard Schatzman, Rue Bucher, Danuta Ehrlich, Melvin Sabshin 1964/1981: Psychiatric Ideologies and Institutions. Transaction Books, New Brunswick and London
- Strauss Anselm 1974/1997: Spiel und Masken. Die Suche nach Identität. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main /Mirrors & Masks. The search for Identity. With a new introduction by the author. Transaction Publishers, New Brunswick , New Jersey
- Strauss Anselm (ed.) 1977: George Herbert Mead on Social Psychology. The University of Chicago Press, Chicago & London
- Strauss Anselm 1982: Social Worlds and Legitimation Processes. In: Studies in Symbolic Interaction, Vol. 4: 171-190
- Strauss Anselm 1984: Social Worlds and their Segmentation Processes. In: Studies Symbolic Interaction Vol. 5: 123-139
- Strauss Anselm 1985a: Research on Chronic Illness and Its Management. The Fifth Helen Nahm Research Lecture, Jun 7. www.ucsf.edu/medsoc/anselmstrauss/chronic.html
- Strauss Anselm 1985b: Work and the Division of Labour. In: The Sociological Quarterly, Vol. 26, No.1: 1-19
- Strauss Anselm, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Sucek, Carolyn Wiener 1985: Social Organization of Medical Work. The University of Chicago Press, Chicago & London
- Strauss Anselm 1988: Körperliche Störungen und Alltagsleben? oder Körper, Handlung/ Leistung und Alltagsleben. In: Soziale Welt, Kultur und Alltag, Sonderband 6: 93-101
- Strauss Anselm (with Juliet Corbin) 1991: Experiencing Body Failure and a Disrupted Self Image. In: Strauss Anselm: Creating Sociological Awareness. Collective Images and Symbolic Representations. Transaction Publishers, New Brunswick: 341-359
- Strauss Anselm L. 1991a: Creating Sociological Awareness. Collective Images and Symbolic Representations. Transaction Publishers, New Brunswick
- Strauss Anselm L. 1991b: Mead's Multiple Conceptions of Time and Evolution: Theory Contexts and Their Consequences for Theory. In: International Sociology, Vol. 6 (4): 411-426
- Strauss Anselm 1993: Continual Permutations of Action. Aldine de Gryter, New York
- Strauss Anselm 1994: An Interactionist theory of action. In: Sprondel Walter (Hrsg.): Die Objektivität der Ordnungen und ihre kommunikative Konstruktion, Suhrkamp, Frankfurt am Main: 73-94
- Strauss Anselm L. 1995: Notes on the Nature and Development of General Theories. In: Qualitative Inquiry, Vol. 1 (1): 7-18
- Strauss Anselm L. 1997: Mirrors & Masks. The Search for Identity. With a New Introduction by the Author. Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey. Deutsch: Spiegel und Masken. Die Suche nach Identität. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1974.
- Strauss Anselm, Juliet Corbin 1996: Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, Weinheim
- Strauss Anselm L, Howard S. Becker 2001: Careers, Personality, and Adult Socialization. Re Reprinted by permission from American Journal of Sociology 1956, pp. 253-63. In: Strauss Anselm L. 2001: Professions, Work and Careers. Transaction Publishers; New Brunswick, New Jersey: 81-96
- Strauss Anselm L. 2001: Professions, Work and Careers. Transaction Publishers; New Brunswick, New Jersey

- Strübing Jörg 2005: *Pragmatistische Wissenschafts- und Technikforschung. Theorie und Methode*. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
- Strübing Jörg 2007: Anselm Strauss. UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Strübing Jörg 2007: *Pragmatisch-interaktionistische Wissenssoziologie*. In: Schützeichel Rainer (Hg.): *Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung*. UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz: 127-138
- Sullivan, Harry Stack 1983: *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
- Sullivan-Marx Eileen M. 2006: Directions for the Development of Nursing Knowledge. In: *Policy, Politics, & Nursing*, Vol. 7, No. 3: 164-168
- Sullivan Shannon 2001: *Living Across and Through Skins. Transactional Bodies, Pragmatism, and Feminism*. Indiana University Press. Bloomington and Indianapolis
- Surakka Tina 2006: The nurse manager's work in the hospital environment during the 1990s and 2000s: responsibility, accountability and expertise in nursing leadership. In: *Journal of Nursing Management*, 16: 525-534
- Suter Esther et al. (2009): Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. In: *Journal of Interprofessional Care*, 23 (1): 41-51
- Svensson Roland 1996: The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. In: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 18 (3): 379-398
- Svensson Lennart G. 2006: New Professionalism, Trust and Competence. In: *Current Sociology*, Vol. 54 (4): 579-593
- Taft Jessie 1987 (1915): *The Woman Movement and Social Consciousness*. In: Deegan Mary Jo, Michael Hills (eds.) 1987: *Women and Symbolic Interaction*. Allen & Unwin Inc., Boston: 19 - 50
- Tanner Christine (2006): 'Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgement in Nursing'. In *Journal of Nursing Education*, Vol. 25 (6): 204-211
- Taubert Johanna 1992: *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung*. Mabuse- Verlag Wissenschaft, Frankfurt am Main
- Taylor C.; C. Lillis, C.; P. LeMone,. 1989: *Fundamentals of Nursing. The Art and Science of Nursing Care*, Philadelphia
- Tewes Renate 2002: *Pflegerische Verantwortung*. Verlag Hans Huber, Bern
- Thaler Marlis 2010: *L'impatto dell'implementazione di un modello organizzativo sull'agire professionale dei professionisti sanitari*. Tesi di Laurea, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Anno Accademico 2008/2009
- Thelan et al. 1994, *Self-Concept Alterations*. In: Thelan et al. (eds.) *Critical Care Nursing. Diagnosis and Management*. 2nd Edition, Mosby, St. Louis: 87-101
- Theodosius Catherine 2008: *Emotional Labour in Health Care. The unmanaged Heart of Nursing*. Routledge, London and New York
- Thiessen Barbara 2004: *Re-Formulierungen des Privaten. Professionalisierung personenbezogener, haushaltsnaher Dienstleistungsarbeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Thyelfors Ingela, Olle Persson, Daniel Hellström 2005: Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. In: *Journal of Interprofessional teamwork*, March, 19 (29): 102-114
- Thungjaroenkul Petsunee, Greta G. Cummings, Amanda Embleton 2007: The Impact of Staffing on Hospitals Costs and Patient Length of Stay: A Systematic Review. In: *Nursing Economics*, Sept/Oct., Vol. 25/ No. 5: 255 – 265
- Thiel Hermann J. 2009: *Europäischer Pflegemarkt. Wachstumsbranche Pflege*. In: *Die Schwester/Der Pfleger*, 48 Jg. (4): 360-363
- Thompson June M., Gertrude K. McFarland, Jane E. Hirsch, Susan M. Tucker, Arden C. Bowers (eds.) 1986: *Clinical Nursing*. The C.V. Mosby Company, St. Louis
- Thorne Sally E. 1993: *Negotiation Health Care. The Social Context of Chronic Illness*. Sage Publications, Newbury Park
- Thorne Sally E.; Virginia E. Hayes (eds.) 1997: *Nursing Praxis. Knowledge and Action*. Sage Publications, Thousand Oaks
- Thorne Sally et al. 1998: Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. In: *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1257-1268
- Thorne Sally et al. 2005: 'Being Known': Patients' Perspectives of the Dynamics of Human Connection in Cancer Care. In: *Psycho-Oncology* 14: 887-898
- Thorne Sally 2008: *Chronic Disease Management: What Is the Concept*. In: *CJNR*, Vol. 40 (3): 7-14

- Throop Robert, Lloyd Ward, Toronto (2007): Mead Project, zugänglich über: <http://www.brocku.ca/Mead/Mead/mead-biblio2.html>
- Tiedeman Mary E. 1996: Roy's Adaptation Model. In: Fitzpatrick Joyce J., Ann L. Whall 1996: Conceptuale Models of Nursing. Ananalysis and Application. 3rd Edition, Appleton & Lange, Stamford, Conneticut: 153 - 181
- Tierney Alison J. 1998: Nursing models: extant or extinct. In: J. of Adv. Nurs., 28 (1): 77 -85
- Tierney Alison 2006: Pflegeforschung: Fortschritte und Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 11 Jg., H.2, Mai: 101-115
- Tillmann Mary Katherine 1970: Temporality and Role-taking in G.H. Mead. In: Berger Peter L.; Felicia J. Deyrup, Lone Bruun (eds.): Social Research. An International Quarterly of Political and Social Science. Bd. 37: 533-546
- Timmermans Stefan 1998: Mutual Tuning of Multiple Trajectories. Symbolic Interaction, 12 (4): 425-440
- Timmermans Stefan, Geoffrey C. Bowker, Susan Leigh Star 1998: The Architecture of Difference: Visibility, Control and Comparability in Building a Nursing Interventions Classification. In: Berg Marc, Annemarie Mol (eds.): Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies: 202 – 225
- Timmins Fiona, Joan O'Shea 2004: The Roper-Logan-Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in education. In: Nurse Education in Practice, 4: 159-167
- Timmins Fiona 2006: Conceptual models used by nurses working in coronary care units – A discussion paper. In: European Journal of Cardiovascular Nursing, 5: 253-257.
- Titchen Angie, Stephen Ersser 2001: The nature of professional craft knowledge. In: Higgs Joy, Angie Titchen (eds.): Practice knowledge & Expertise in the Health Professions. Buterworth Heineman, Oxford: 36-41
- Titchen Angie, Sally Hardy 2009: A Kaleidoscope of Nursing Expertise: A Literature Review. In: Hardy Sally, Angie Titchen, Brendan McCormack, Kim Manley (eds.): Revealing Nursing Expertise Through Practitioner Inquiry. Wiley-Blackwell, Oxford: 55 – 71
- Titchen Angie 2011: Action research: Genesis, evolution, orientations. Vortrag am 30.05.2011 auf dem Kongress "From expert to expert - many professions, one (expert) patient. Research & Practice Development. Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana, Bozen
- Tourangeau Ann E et al. 2006. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. In: Journal of Advanced Nursing, first published online 10 Nov. 2006: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x
- Tröhler Daniel, Gert Biesta (eds.) 2008: George Herbert Mead. Philosophie der Erziehung. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- Tsai Pao-Feng 2003: A Middle-Range Theory of Caregiver Stress. In: Nursing Science Quarterly, Vol.16, No. 2: 137-145
- Tsushima Teresa, Viktor Cecas 2001: Role Taking and Socialisation in Single-Parent-Families. In: Journal of Family Issues, 22: 267-287
- Türk, Klaus, Thomas Lemke, Michael Bruch 2006: Organisation in der modernen Gesellschaft. Eine historische Einführung. 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Tudor Gwen 1952/1982: A Sociopsychiatric Nursing Approach to Intervention in a Problem of Mutal Withdrawal on a Mental Hospital Ward. Abdruck aus: The Journal of Interpersonal Processes. In: Smoyak Shirley A., Sheila Rouslin (eds.): A Collection of Classics in Psychiatric Nursing Literature. Charles B. Slack Inc., Thorofare NJ.: 178 - 200
- Tugendhat Ernst 1979: Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung. Sprachanalytische Interpretationen. Suhrkamp TB, Frankfurt am Main
- Turner Ralph H. 1955/56: Role-taking, Role Standpoint, and Reference-Group Behavior, In: American Journal of Sociology, 61. Jg.: 316- 329
- Turner Ralph H. 1968: The Self-Conception in Social Interaction. In: Gordon Chad, Kenneth J. Gergen (eds.): The Self in Social Interaction, John Wiley & Sons Inc. New York: 93-106
- Turner Ralph 1977: Rollenübernahme: Prozess versus Konformität. In: Auwärter Manfred, Edit Kirsch, Klaus Schröter (Hrsg.): Kommunikation, Interaktion, Identität. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Turner Jonathan H.; Jan E. Stets 2009: The Sociology of Emotions. Cambridge Univesity Press, reprinted
- Ulich Dieter, Philipp Mayring 2003: Psychologie der Emotionen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Unruh Lynn 2008: Nurse Staffing and Patient, Nurse, and Financial Outcomes. In: AJN, Vol. 108, No. 1: 62- 71

- Urban Hubert, Hiltrud Bosch, Werner Geist, Karl Köhle 1973: Der Umgang mit unheilbar Kranken. In: Themen der Krankenpflege. Fortbildung für medizinische Assistenzberufe. Jahrgang 1, Bd. 1., Urban & Schwarzenberg, München: 37- 68
- Urban Anett 2009: Umsetzung von Bezugspflege in der ambulanten Pflege – eine empirische Studie. In: Halle-sche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8. Jg., Heft 1: 606-627
- Uschok Andreas 2008: Körperbild und soziale Unterstützung bei Patienten mit Ulcus cruris venosum. Huber Verlag, Bern
- Uzarewicz Charlotte, Michael Uzarewicz (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart
- Vandermark Lisa M. 2006: Awareness of Self and Expanding Consciousness: Using Nursing Theories to Prepare Nurse-Therapists. In: Issues on Mental Health Nursing, 27: 605-615
- Veit Annegret 2004: Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Verlag Hans Huber, Bern
- Verma Sarita, Margo Paterson, Jennifer Medves (2006): Core Competencies for Health Care Professionals: what Medicine, Nursing, Occupational Therapy and Physiotherapy Share. In: Journal of Allied Health, Summer, 35 (2): 109 -115
- Vieider Monika 2008: Kooperation zwischen Ärzten und Ärztinnen und Krankenpflegerinnen und Krankenpfle-gerinnen im Krankenhaus. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer Magistra der Natur-wissenschaften. Universität Innsbruck
- Voges Wolfgang 2002: Pflege alter Mensch als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Vollstedt Inge 1999.: Pflge-theorien – brauchen wir sie wirklich? In: PflGe, 4. Jg. (1999): Nr. 4: 80 – 85.
- Vollstedt Inge 2001: „Pflgewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft“ von Jutta Dorn-heim und KollegInnen – Eine kritische Betrachtung. In: PflGe, 6. Jg. (1): 8-17
- Volksholz Volker 1973: Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem. Eine Kritik. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1973
- Wackerhausen Steen 2009: Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. In: Journal of Interprofessional Care, 23 (5): 455-473
- Waerness Karie 1987: On the rationality of caring. In: Showstack Sasson Anne (ed.): Women and the State. The shifting boundaries of public and private. Unwin Hyman Ltd, Reprinted 1992 by Routledge, London: 207-234
- Wagner Peter 2002: Die Problematik der Identität und die Soziologie der Moderne. In: Straub Jürgen, Joachim Renn (Hg.) 2002: Transitorische Identität. Der Prozesscharakter des modernen Selbst. Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main: 303 - 317
- Wagner Peter 2006: Die Soziologie der Moderne und die Frage nach dem Subjekt. In: Keupp Heiner, Joachim Hohl (Hrsg.) 2006: Subjektdiskurse im gesellschaftlichen Wandel. Zur Theorie des Subjekts in der Spätmo-derne. Transcript Verlag, Bielefeld: 165 – 185
- Wahl Hans-Werner, Margret Baltes 1995: Überfürsorge contra Selbständigkeit. Interaktionsmuster in der häusli-chen Pflege. In: Altenpflege-Forum, Vol. 3: 15-22
- Wahrig-Buhrfeind Renate 2007: WAHRIG Fremdwörterduden. 6. Auflage, Wissen Media Verlag GmbH, Gü-tersloh/München
- Wald Florence, Robert C. Leonard 1964/1992: In: Nicoll Leslie H. (ed.): 1992: Perspectives on Nursing Theory. J.B. Lippincott Company, Philadelphia: 20-28
- Wallace Maggy 2007: Model Nursing Act. ICN Regulations Series, Genf
- Ward Debbie 1990: Gender, Time, and Money in Caregiving. In: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An In-ternational Journal, Vol. 4, No. 3: 223 – 236
- Ward Lloyd Gordon, Robert Throop 1989: The Dewey-Mead Analysis of Emotions. In: The Social Science Journal, Vol. 26 (4): 465-479
- Ware Sarah M. 2008: Developing a Self-Concept of Nurse in Baccalaureate Nursing Students. In: Int. Journal of Nursing Education Scholarship, Vol. 5, Issue 1, Art. 5: 1 -17
- Warms Catherine A., Carole A. Schroeder 1999: Bridging the Gulf between Science and Action: The “New Fuz-zies” of Neopragmatism. In: Adv. Nurs. Sci., 22 (2): 1 – 10
- Warne Tony, Sue McAndrew 2008: Painting the landscape of emotionality: Colouring in the emotional gap between the theory and practice of mental health nursing. In: International Journal of Mental Health Nursing, 17: 108-115

- Warren, J.; I. Holloway, P. Smith 2000: Fitting in: maintaining a sense of self during hospitalization. In: *Int. J. of Nursing Studies* 37 (3): 229-235
- Watkins Mary 1987: The problem of confusion: an examination of Roper's Activities of Living model. In: Easterbrook Jane (ed.): *Elderly Care. Towards Holistic Nursing*. Hodder & Stoughton, London
- Watson Jean 1988: *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. National League of Nursing, New York
- Watson Jean 2002: *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Care*. Springer Publishing Company, New York
- Waweru Sylvia, Anette Reynolds, Ellen B. Buckner 2008: Perceptions of Children with HIV/AIDS from the USA and Kenya: Self-Concept and Emotional Indicators. In: *Pediatric Nursing*, March-April, Vol. 34 (2): 117-124
- Webb Christine (ed.) 1986: *Womens' Health. Midwifery and Gynaecological Nursing*. Hodder & Stoughton, London
- Webb Christine (ed.) 1986: Introduction: towards a critical analysis of nursing models. In: Webb Christine (ed.) 1986: *Womens' Health. Midwifery and Gynaecological Nursing*. Hodder & Stoughton, London
- Weber-Reich Traudel 2003: "Wir Sind die Pionierinnen der Pflege ...". *Krankenschwestern und ihre Pflegestätten im 19. Jahrhundert am Beispiel Göttingen.*, Verlag Has Huber, Bern
- Weidner Frank 1995: *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Mabuse-Verlag, Wissenschaft 22, Frankfurt am Main
- Weidner Frank 1999: Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe. Annäherungen an einem strapazierten Begriff. In: *Experten für den Alltag: professionelle Pflege in der Psychiatrie*. Bonn
- Weiland Sandra A. 2008: Reflections on independence in nurse practitioner practice. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20: 345-352
- Weiss Sandra J. (1983): Role Differentiation Between Nurse and Physician: Implications for Practice. In: *Nursing Research*, Vol. 32, No. 3: 133-139
- Wendt Dirk 1989: *Allgemeine Psychologie – Eine Einführung*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Wengström Yvonne, Marieanne Ekedahl 2006: The art of professional development and caring in cancer nursing. In: *Nursing & Health Sciences*, 8: 20-26
- Wenzel Harald 2010: The Chicago School of Philosophy – George Herbert Mead. In: Schubert Hans Joachim u.a. 2010: *Pragmatismus zur Einführung*. Junius Verlag GmbH, Hamburg: 48 - 73
- Wetterer Angelika 2002: Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. 'Gender at Work' in theoretischer und historischer Perspektive. UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz
- Wetterer Angelika 2007: Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Zentrale Ergebnisse des Forschungsschwerpunkts „Professionalisierung, Organisation, Geschlecht“ im Überblick. In: Gildemeister Regine, Angelika Wetterer (Hrsg.): *Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen? Widersprüchliche Entwicklungen in professionalisierten Berufsfeldern und Organisationen*. Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster: 189-214
- Whelton Beverly J.B. 1999: The Philosophical Core of King's Conceptual System. In: *Nursing Science Quarterly*, Vo. 12, No. 2: 158-163
- Whelton Beverly J.B. 2007: The Nursing Act is an Excellent Human Act. A Philosophical Analysis Derived From Classical Philosophy and the Conceptual System and Theory of Imogene King. In: Sielooff Christina L., Maureen A. Frey (eds.): *Middle Range Theory Development. Using King's Conceptual System*. Springer Publishing Company, New York: 12- 28
- Wiener Carolyn, Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek 1997: Trajectories, Biographies, and the Evolving Medical Technology Scene: Labour and Delivery and the Intensive Care Nursery. In: Strauss Anselm, Juliet Corbin (eds.): *Grounded Theory in Practice*. Sage Publications, Thousand Oaks: 229-250
- Wiener Carolyn L. 2000: *The Elusive Quest. Accountability in Hospitals*. Aldine de Gruyter, New York
- Wied Susanne 1999: Interaktion. In: Kim Hesook Suzie, Ingrid Kollak (Hrsg.): *Pflegetheoretische Grundbegriffe*. Verlag Hans Huber, Bern: 129-143
- Wied Susanne 2006: The Concept of Interaction in Theory and Practice. In: Kim Hesook Suzie, Ingrid Kollak (eds.) *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*. Springer Publishing Company, New York: 54-70
- Wiley Norbert 1994: *The Semiotic Self*. The University of Chicago Press, Chicago
- Wiley Norbert 2003: The self as Self-Fulfilling Prophecy. In: *Symbolic Interaction*, Vol. 26, No. 4: 501-513

- Wiley Norbert 2008: The 2007 Couch-Stone Distinguished Lecture: The Pragmatists' Theory of the Self. In: *Studies in Symbolic Interaction*, Vol. 37: 7-29
- Wiley Norbert 2011: A Mead-Cooley Merger. *Am Soc.* 42: 168-186; DOI 10.1007/s12108-011-9124-3
- Williams Christine 2010: Understanding the essential elements of work-based learning and its relevance to everyday clinical practice. In: *Journal of Nursing Management*, 18: 624-632
- Wilson Patricia M.; Sally Kendall, Fiona Brooks 2007: The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. In: *Health and Social Care in the Community* 15 (5): 426-438
- Wilz Sylvia Marlene 2002: *Organisation und Geschlecht. Strukturelle Bindungen und kontingente Kopplungen.* Leske + Budrich, Opladen
- Wimpenny Peter 2002: The meaning of models of nursing to practising nurses. In: *Journal of Advanced Nursing*, 40 3): 346-354
- Winsett Rebecca, Sheila Hauck 2011: Implementing Relationship-Based Care. In: *JONA*, Vol. 41 (&): 285-290
- Wingefeld Klaus. 2003: Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: *Rennen-Allhoff Beate, Doris Schaeffer (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft.* Juventa Verlag, Weinheim und München: 339 - 361
- Wingefeld Klaus.; Andreas Büscher, Doris Schaeffer 2007: *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumente. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen.* Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft
- Wingefeld Klaus. 2011: Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In: *Schaeffer Doris, Klaus Wingefeld (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft.* Juventa Verlag, Weinheim und München: 263-290
- Winker Kelsey Cynthia 1995: A Systems View of Health. In: *Frey Maureen A; Christina L. Sietloff (eds.): Advancing King's Systems Framework and Theory of Nursing.* Sage Publications, Thousand Oaks: 35 - 45
- Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) 2008: *Pflegebildung in Bewegung. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung.* Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Publikation
- Wittneben Karin 1991: *Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege.* Peter Lang, Frankfurt am Main
- Wittneben Karin 1995: Die Entwicklung der beruflichen und wissenschaftlichen Pflegeausbildung in den USA von 1872-1990. In: *Mischo-Kelling Maria, Karin Wittneben (Hg.) 1995: Pflegebildung und Pflegetheorien.* Urban & Schwarzenberg, München: 11-33
- Wittneben Karin 2009: Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. In: *Olbrich Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik.* Urban & Fischer, München: 105-121
- Wittpoth Jürgen 1994: *Rahmungen und Spielräume des Selbst. Ein Beitrag zur Theorie der Erwachsenensozialisation im Anschluß an George H. Mead und Pierre Bourdieu.* Verlag Moritz Diesterweg, Frankfurt am Main
- Witz Anne 1992: *Professions and Patriarchy.* Routledge, London
- Wolf Gail A., Pamela K. Greenhouse 2007: Blueprint for Design: Creating Models that direct change. In: *JONA*, Vol. 37, No. 9: 381 -387
- Woodward Wendy 2003: Preparing a New Workforce. In: *Nursing Administration*, Vol. 27, No.3: 215-222
- Woog Pierre (ed.) 1992: *The Chronic Illness Trajectory Framework. The Corbin and Strauss Nursing Model.* Springer Publications, New York; deutsch: herausgegeben von Lorenz-Krause Regina: *Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell.* Ullstein Medical, Wiesbaden 1998
- World Health Organization (ed.) 1987: *People's Needs For Nursing Care. A European Study.* (MitarbeiterInnen: Pat Ashworth, Agnes Bjørn, Geneviève Déchanoz, Nicole Delmotte, Elisabeth Farmer, Anna Bulanda Kordas, Elsa Kristiansen, Helen Kyriakidou, Majda Slajmer-Japelj, Maija Sorvettula, Marta Stankova), Copenhagen
- World Health Organization (WHO): Noncommunicable diseases. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ Zugriff Dez. 2011
- www.gbe-bund.de, die Daten wurden am 27.11.2010 abgerufen
- Wylie Ruth C. 1974: *The self-Concept. Revised Edition. Volume One. A Review of Methodological Considerations and Measuring Instruments.* University of Nebraska Press, Lincoln.
- Wyss, Dieter 1991: *Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Entwicklung, Probleme, Krisen.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Yeh Chao-Hsing 2001: Adaptation in Children With Cancer: Research with Roy's Model. In: *Nursing Science Quarterly*, Vol. 14 (2): 141-148

- Yoder Linda H. 2005: Using the Roy Adaptation Model: A Program of Research in a Military Nursing Research Service. In: Nursing Science Quaterly, 18 (4) Oct.: 321-323
- Yura Helen, Mary B. Walsh 1988: The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluation. 5th Edition, Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut
- Zapf Dieter 2002: Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. Human Resource Management Review, 12: 237-268
- Zenz Jutta 1990: Weiterbildungsprojekt „Patientenzentrierte Pflege“ in Ulm. Eine Rückschau in Wehmut – Eine Zukunftsvision mit Hoffnung. In: DKZ, Jg. (5): 328-331
- Zepek Barbara, Susan P. Philipps 2003: Gender and Power: Nurses and doctors in Canada. www.equityhealthj.com/content/2/1/1, zugegriffen am 5. Mai 2009
- Zeman Peter 2005: Pflege in familialer Lebenswelt. In: Schroeter Klaus R.; Thomas Rosenthal (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2005: 247 – 277
- Zielke-Nadkarni Andrea 2005: Grundelemente der Pflegewissenschaft. In: Poser Märle, Kordula Schneider (Hrsg.) Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegemanagerinnen und PflegepädagogInnen. Verlag Hans Huber, Bern: 57-120